
L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX
DU
CLERGÉ FRANÇAIS

SES RÉALISATIONS. — SES RÉSULTATS

Essai de prophylaxie collective dans un milieu spécialisé.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 30 novembre 1935

PAR

ANDRÉ TERREL

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
MÉDECIN ADJOINT DU SANATORIUM DU CLERGÉ

Né le 19 juillet 1909 à Autun (Saône-et-Loire)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la thèse

MM. BOUDET, professeur, *président*.
GAUSSEL, professeur.
PUECH, professeur.
JANBON, agrégé.

Assesseurs.

MACON

PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555202_0090

L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX
DU
CLERGÉ FRANÇAIS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 5

L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX

DU

CLERGÉ FRANÇAIS

SES RÉALISATIONS. — SES RÉSULTATS

Essai de prophylaxie collective dans un milieu spécialisé.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 30 novembre 1935

PAR

ANDRÉ TERREL

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
MÉDECIN ADJOINT DU SANATORIUM DU CLERGÉ

Né le 19 juillet 1909 à Autun (Saône-et-Loire)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la thèse	{	MM. BOUDET, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		GAUSSEL, professeur.		
		PUECH, professeur.		
		JANBON, agrégé.		

MACON

PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS

—
1935

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	J. DELMAS
Histologie.....	TURCHINI
Physiologie.....	HEDON
Chimie biologique et médicale.....	CRISTOL
Physique médicale.....	PECH
Anatomie pathologique.....	GRYNFELTT
Microbiologie.....	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC
Thérapeutique et matière médicale.....	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH
Hygiène.....	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale.....	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	GIRAUD
Clinique médicale.....	VIREs, assesseur
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	RICHE
Clinique des maladies des enfants et hygiène du 1 ^{er} âge..	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MARGAROT
Clinique gynécologique.....	ETIENNE
Clinique ophthalmologique.....	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.).....	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.).....	TERRACOL
Anatomie (Ch. de c.).....	CABANNES
Histologie (Ch. de c.).....	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires : MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS,
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires MM.

Pathologie expérimentale.....	PAGES
Pathologie externe.....	AIMES
Médecine opératoire.....	SOUBEIRAN, ag. libre
Accouchements.....	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique.....	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale.....	BOULET
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON
Stomatologie.....	D ^r WATON

Agrégés en exercice

	MM.		MM.
	BOULET	Chirurgie....	AIMES
	PAGES		MOURGUE-MOLINES
	JANBON		GUIBAL
	BAUMEL		ROUX
Médecine...	VIDAL	Obstétrique..	COLL DE CARRERA
		Bactériologie.	CARRERE

Examineurs de la thèse

MM. BOUDET, professeur, prés.	M. JANBON, agrégé.
GAUSSEL, professeur.	
PUECH, professeur.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA FEMME

A MA MÈRE, A MON PÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES
LES DOCTEURS BELIN, MIGUET ET DESBROSSES



A MON MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX,
MÉDECIN DE L'HOPITAL BOUCICAUT
QUI M'A INSPIRÉ LE SUJET DE CETTE THÈSE

*En témoignage de ma très grande
admiration.*

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUDET,
PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,
QUI M'A FAIT LE GRAND HONNEUR
D'ACCEPTER LA PRÉSIDENTE DE CETTE THÈSE

Hommage très reconnaissant.

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR THIBAUT,
MÉDECIN-DIRECTEUR DU SANATORIUM DU CLERGÉ
QUI N'A CESSÉ DE ME GUIDER
ET DE ME CONSEILLER DANS CE TRAVAIL

*En témoignage de ma profonde
gratitude.*

A SON EXCELLENCE L'ARCHEVÊQUE DE CAMBRAI,
MONSEIGNEUR CHOLLET,
PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SANATORIUM DU CLERGÉ
ET A TOUS LES MEMBRES DE CE CONSEIL

A MONSIEUR LE DOCTEUR O. PASTEAU,
PRÉSIDENT GÉNÉRAL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE SAINT-LUC,
SAINT-CÔME ET SAINT-DAMIEN

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS ET DE MONTPELLIER

A MESSIEURS LES PROFESSEURS RIMBAUD ET GAUSSEL,
A MESSIEURS LES DOCTEURS HERVÉ ET JUHEL
ET A TOUS CEUX QUI M'ONT GUIDÉ
DANS UNE PÉRIODE DIFFICILE DE MA VIE.

A PAUL HERTZOG,
MÉDECIN ADJOINT AU SANATORIUM DE THORENC

*En souvenir de notre collaboration amicale
et de l'aide qu'il m'a apportée dans ce travail.*

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Il peut être instructif d'établir les règles et de préciser les résultats de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose dans une collectivité fermée. A ce titre, l'armement antituberculeux adapté au clergé et son sanatorium présentent un intérêt tout particulier. Grâce au milieu spécialisé dans lequel cet armement entre en action, il devient en effet possible d'exercer sur un nombre important de malades un contrôle médical **complet, permanent et durable**. Tant au point de vue des observations cliniques qu'au point de vue des résultats thérapeutiques, un semblable contrôle constitue une nouveauté et un progrès sur lesquels il nous a paru intéressant d'attirer l'attention.

Depuis quelques années, la formule des groupements corporatifs appliquée à la lutte antituberculeuse se développe en France avec un succès grandissant. Après le sanatorium des instituteurs, des postiers et du clergé, on a vu s'édifier le sanatorium des étudiants, celui des agents de compagnies ferroviaires, ceux des infirmières, des industries électriques, des officiers, etc...

Ce succès justifie une formule qui paraît heureuse et l'action médicale ne pouvait manquer d'utiliser dans une large mesure les avantages de tous ordres offerts par le nouveau système de groupement. Grâce à l'unité et à la stabilité du groupe d'une même corporation, la vie sanatoriale et post-sanatoriale de ses membres malades s'organise d'une façon plus rationnelle et moins aléatoire sous la double autorité du médecin et du comité directeur corporatif. La stabilité du contrôle qui en résulte apporte un élément inappréciable à l'effort du médecin.

Néanmoins, il reste dans l'ordre des choses que la continuité de ce contrôle soit encore trop tôt interrompue de par la cessa-

tion plus ou moins brusquée de l'activité professionnelle ou la démission toujours possible des membres de la corporation, ceux-ci gardant, en dehors d'elle, toute leur liberté d'action.

Un seul groupement paraît devoir échapper à cette fatalité : *le groupement du clergé pour lequel, et c'est là son intérêt très particulier, le contrôle est pratiquement complet.* En voici les raisons :

Le clergé forme un milieu : 1° **constant** et **homogène** ; 2° **discipliné**.

1° **Milieu constant et homogène.** Le clergé catholique, celui de France en particulier, forme une des collectivités les plus fermées de notre société moderne ; on peut même dire qu'elle est la plus fermée de toutes les collectivités composant l'armature sociale. De plus, on trouverait difficilement un autre milieu que celui du clergé pour maintenir d'une façon aussi durable, à peu près absolue, les mêmes membres dans ses cadres. En constance et en cohésion, il dépasse de beaucoup tous les groupements professionnels ou de corps d'État, d'où l'élection que nous avons cru devoir en faire pour notre étude.

En fait, le seul groupe avec lequel il offre quelque analogie est *le groupe familial*. Comme n'importe quel membre du bloc familial, le prêtre se voit, tout au long de sa vie, suivi, soutenu, encadré. Pas d'abandon à redouter ; de l'heure première de son entrée au séminaire à l'heure ultime de sa mort, il appartient à la grande famille cléricale (pratiquement fractionnée en diocèses) ; il sent, il sait, il est assuré qu'il ne sera jamais, fût-ce par la maladie, coupé de tout lien avec elle. Aucune circonstance importante de son existence n'échappe au contrôle de l'autorité paternelle de l'évêque. *Son état de santé*, condition première et naturelle du rendement de son apostolat, vient donc, lui aussi, tout naturellement *dépendre de son chef hiérarchique et se ranger sous son contrôle patriarcal*. On voit immédiatement quelle assurance et quelle continuité dans la surveillance, un milieu aussi constant et homogène peut offrir à l'action médicale dès que les mesures de dépistage, de prophylaxie et de cure sont comprises et appliquées.

2° Milieu essentiellement discipliné. La discipline bien connue du milieu ecclésiastique français est une autre qualité primordiale réclamée par notre action médicale. Il est facile d'admettre que la discipline exigée tout au long d'une vie de prêtre dans ses moindres détails et qui s'exerce du haut en bas de la hiérarchie ecclésiastique, offre un sérieux appoint dans l'adaptation du sujet à la discipline médicale et aux conditions d'existence imposées par la maladie. Dans le cours régulier des choses, aucun malade d'une collectivité aussi strictement organisée ne doit échapper au contrôle de la lutte contre la tuberculose.

Il apparaît donc que, par ses qualités de constance et de cohésion et par sa discipline, le clergé offre un merveilleux terrain d'étude autant que de possibilités de succès à une action médicale bien conduite. Du commencement à la fin de la lutte antituberculeuse : dépistage, prévention, prophylaxie, cure, organisation de la vie post-sanatoriale, toutes les notes du clavier pourront être jouées là, sans heurts, sans erreurs, sans omissions. De ce fait, nous sommes persuadé que l'organisation antituberculeuse du clergé, telle qu'elle est déjà établie en beaucoup de diocèses, est appelée (en dehors de toute autre considération) à constituer un instrument de travail scientifique dont la précision et la constance laisseront peut-être loin en arrière, d'ici quelques années, nos organisations actuelles les meilleures à cet égard.

C'est pourquoi il ne nous a pas semblé trop hâtif de montrer dès aujourd'hui,

- comment s'est développée cette organisation spécialisée;
- comment, après six ans de fonctionnement sanatorial, on peut déjà tirer de précieux enseignements sur la valeur d'une telle spécialisation de groupement;
- enfin, comment des statistiques totales de quatre à six années, où sont notés succès et échecs, offrent plus d'intérêt que des résultats partiels portant sur une dizaine d'années, puisqu'il est à prévoir que l'état des trois cents malades actuellement sortis du sanatorium de Thorenc sera connu d'une façon aussi précise dans vingt ans qu'il l'est actuellement, six ans après la fondation.

Nous osons espérer que l'exposition des résultats obtenus

durant ces six années, en dehors de tout avantage décrit plus haut, d'un contrôle exact, complet et durable, constituera un admirable encouragement pour tous ceux qui se sont voués à la terrible lutte.

Le milieu ecclésiastique, quelques années avant la fondation de Thorenc, donnait l'impression d'être des plus touchés; le nombre des séminaristes et des jeunes prêtres forcés d'arrêter leurs études ou leur ministère était réellement important. Le monde ecclésiastique était, de plus, peu entraîné (comme bien d'autres, du reste) à mettre à leur vraie place les préoccupations d'hygiène.

— Telle était la situation d'hier.

— Voici celle d'aujourd'hui.

Un sanatorium ne vaut que par son chef. Celui qui, en 1928, a pris le commandement à Thorenc, M. le Dr Henri THIBAUT, ne m'en voudra pas de lui rendre un hommage tout spécial. Il est juste de prévenir le lecteur que les résultats obtenus l'ont été sous sa direction; et ces résultats parlent mieux que tous les éloges que notre affection pourrait lui décerner.

PLAN D'ENSEMBLE

Nous avons divisé notre travail en deux parties :

La première étudie l'adaptation de l'armement antituberculeux au clergé :

1) L'organisation progressive de la prophylaxie dans le cadre diocésain.

2) Les échelons de cure : préventorium, sanatorium, hôpital-sanatorium et maison de réadaptation.

3) La fondation du sanatorium, son fonctionnement ; le facteur climatique.

4) L'état actuel de la réadaptation post-sanatoriale.

La seconde partie est une étude statistique des résultats du sanatorium de Thorenc :

1) Statistiques des « récupérations » avec remise au point annuelle ; étude des rechutes.

2) Facteur bacilloscopique, facteur thérapeutique.

3) Données cliniques.

Nous avons fait précéder cette seconde partie de quelques mots sur l'enquête post-sanatoriale.

PREMIÈRE PARTIE

L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX
ADAPTÉ AU CLERGÉ FRANÇAIS

.

PROPHYLAXIE

La prophylaxie est nécessairement la base de la lutte antituberculeuse. Elle en est même l'élément le plus important et le plus décisif, puisqu'elle est appelée à dépister des cas de plus en plus nombreux et de plus en plus récents et qu'ainsi non seulement elle permet de guérir, mais aussi de protéger de la contagion un plus grand nombre d'individus.

Mais il faut, pour atteindre ce but, des organisations rigoureuses, des directives sévères et une discipline à laquelle ne peuvent se soumettre que ceux qui sont instruits et persuadés de l'utilité de telles mesures.

Or, il est évident qu'on n'arrive pas à un tel résultat du jour au lendemain, par des instructions et des directives théoriques, même dans le milieu le plus discipliné. Au contraire, c'est autour d'un organisme positif, le sanatorium, que s'édifiera progressivement tout le programme de cette lutte. Son personnel médical, entièrement adonné à cette tâche, fera comprendre et admettre des mesures de plus en plus rigoureuses et étendues en procédant par étapes et en s'appuyant toujours sur des exemples.

C'est de cette façon que la prophylaxie s'est édifiée dans le clergé. Les médecins de la Société Saint-Luc ont vu qu'il fallait tourner les difficultés et éviter les indécisions du début en commençant par créer le sanatorium. Les évêques et les supérieurs de séminaires en ont admis l'utilité au fur et à mesure qu'il leur rendait d'anciens malades récupérés. Peu à peu, ils ont compris aussi que cette récupération

était d'autant meilleure et rapide que les malades étaient peu atteints, donc précocement dépistés.

MM. COURCOUX et PASTEAU ont pensé, en 1930, que le moment était venu de communiquer officiellement aux cardinaux et aux archevêques de France une note attirant leur attention sur les avantages d'une prophylaxie bien conduite. Cette note fut envoyée à tous les évêques. Elle disait en substance : la fréquence de la tuberculose chez les jeunes, la nécessité d'un diagnostic précoce, premier élément de guérison, du dépistage à l'entrée au séminaire et de la surveillance médicale régulière de tous les séminaristes, particulièrement des sujets prédisposés. Cette note était accompagnée d'un exemplaire de FICHES MÉDICALES INDIVIDUELLES, qui, peu à peu, ont été employées dans un grand nombre de diocèses.

Certes, même à l'heure actuelle, il y a encore beaucoup à faire, et l'un des seuls diocèses où cette prophylaxie soit vraiment au point, est celui de Paris, grâce à l'influence personnelle du Dr COURCOUX. L'organisation peut en être donnée comme exemple. La preuve en est que ce diocèse n'a pas envoyé au sanatorium de séminaristes tardivement dépistés depuis 1931.

Dans le diocèse de Paris, on base la prophylaxie, *pour les séminaristes du moins*, sur l'idée qu'un groupement se défend contre la tuberculose en poursuivant *trois buts principaux* (ce sont d'ailleurs ces bases que rappelait M. Courcoux dans sa communication au Congrès de Marseille de 1935) :

- à l'entrée, éliminer les tuberculeux contagieux,
- visiter régulièrement tous les sujets et surveiller particulièrement les suspects,
- protéger de la contamination les sujets sains.

Nous présenterons successivement ces trois étapes.

La visite médicale d'admission.

Elle est passée par le médecin du séminaire qui doit avoir en main la fiche médicale individuelle comportant les indications indispensables sur les antécédents familiaux et personnels du sujet. Les renseignements ainsi fournissent d'une haute valeur et permettent de fouiller surtout deux groupes d'antécédents : ceux qui ont trait à la tuberculose et au rhumatisme.

Le médecin complète la fiche individuelle par l'examen des divers organes et principalement par celui de l'appareil respiratoire. Un contrôle radiologique des poumons est indispensable. L'idéal, facile à réaliser d'ailleurs, serait de pouvoir faire un film radiographique pour chaque sujet, film qui servirait de test auquel pourraient être comparées les radiographies faites ultérieurement. Seule, la question budgétaire entre en jeu. Ici, elle peut dans beaucoup de cas être résolue, car le nombre des entrants chaque année, dans chaque séminaire, n'est pas très important. En tout cas, il est toujours facile de pratiquer un examen radioscopique, car le dispensaire ou l'hôpital voisins, au besoin un médecin spécialiste ne refuseront jamais de pratiquer cet examen.

Enfin une cuti-réaction de contrôle peut ajouter un élément particulièrement intéressant aux investigations déjà faites. Nous en reparlerons plus loin (voir p. 22).

Ce premier examen permet une sélection, mais celle-ci doit nécessairement se plier à certaines directives. Tout contagieux doit être éliminé, mais on se gardera bien d'arrêter d'emblée un sujet qui présente certaines anomalies ou séquelles. Un ancien pleurétique, un bacillaire guéri, un ancien mal de Pott doivent être connus, mais ne seront pas de ce fait écartés. Il y a donc là une question de mesure et d'expérience que tous les médecins qui s'occupent de la santé des séminaristes acquièrent vite. Les règles qui font

éliminer d'emblée un candidat à une grande école ne peuvent jouer ici. On peut et on doit garder, pourvu qu'ils ne soient pas contagieux, beaucoup de jeunes gens qui ont un passé pathologique à condition de les surveiller.

Cette sélection permet un classement des élèves : au besoin on pourra mettre sur chaque fiche individuelle un numéro qui résumera l'impression générale et établira quelques catégories qui seront signalées au Supérieur de séminaire :

5 = excellent,

4 = bon,

3 = moyen, à ménager,

2 = sujet déficient, entré sous la condition d'une surveillance spéciale,

1 = à éliminer.

Ainsi les sujets 5 et 4 ne seront médicalement visités que tous les six mois avant les vacances de Pâques et à la rentrée des grandes vacances. Dans certains séminaires, une visite médicale de fin d'année autorise, limite, ou interdit même pour cette catégorie, le départ comme surveillant ou adjoint aux colonies de vacances, camps, œuvres de jeunesse.

Les sujets ayant l'indice 3 doivent se peser plus régulièrement et signaler à l'infirmier responsable leurs incidents de santé.

Les sujets ayant l'indice 2 ont un régime à part comportant un repos de nuit plus prolongé, la dispense des exercices physiques, du chant, de toute fatigue vocale. Dans cette catégorie rentrent souvent d'anciens bacillaires guéris cliniquement auxquels ces adoucissements de régime sont indispensables.

Souvent, d'ailleurs, les numéros 3 et 2 font l'objet d'une même catégorie.

Bien entendu, les fiches médicales restent à l'infirmier

sous la responsabilité du médecin et ne sont pas communiquées. Elles suivent le séminariste pendant toute la durée de son séjour au séminaire et sont remises à jour à chaque visite. Le numéro d'ordre peut évidemment changer dans le courant de l'année. A la sortie, après l'ordination à la prêtrise, le médecin les adresse au fichier médical de l'archevêché ou de l'évêché (ceci se fait à Paris). Chaque fiche est mise sous enveloppe, laquelle porte à l'extérieur le nom du prêtre, et seulement un numéro résumant l'impression générale sur la santé. Ce numéro est indiqué chaque année par le médecin consultant de l'évêché, d'accord avec le médecin du séminaire. De la sorte, lorsqu'il s'agit de donner un poste au jeune prêtre, on sait, sans trahir le secret professionnel, et sans que le conseil épiscopal ait la peine d'interpréter des notes médicales, quelles sont les aptitudes physiques et l'ensemble de la santé de ce jeune prêtre :

5 et 4, excellent et très bon : est capable d'occuper n'importe quel poste ;

3, moyen : à ménager (consulter au besoin le médecin) ;

2, à surveiller : malade, mais récupérable.

Enfin, troisième point : il reste à **protéger de la contamination les sujets sains**. Cette protection est réalisée au mieux par l'élimination des malades à l'entrée au séminaire, puis par la surveillance régulière, non seulement de tous les sujets admis, mais encore de l'ensemble du personnel.

Il est utile d'insister sur la visite médicale du personnel dirigeant et subalterne des séminaires. Le supérieur et les directeurs doivent s'y soumettre ; cette visite comportera, bien entendu, un examen radiologique. Il en sera de même pour le personnel subalterne dans lequel trop souvent on rencontre des foyers de contamination particulièrement dangereux.

Ce danger de contamination est surtout grand pour les sujets qui n'ont pas fait leur primo-infection tuberculeuse. Ce sont ceux-là qu'il convient de préserver tout spécialement. Ceux qui ont échappé à tout contact bacillaire — environ 30 à 35 % — restent pendant les années d'études très exposés. Il y a un moyen simple de les dépister, celui de pratiquer une cuti-réaction chez tous les nouveaux, surtout chez les sujets originaires de la campagne, présentant les apparences d'une santé florissante.

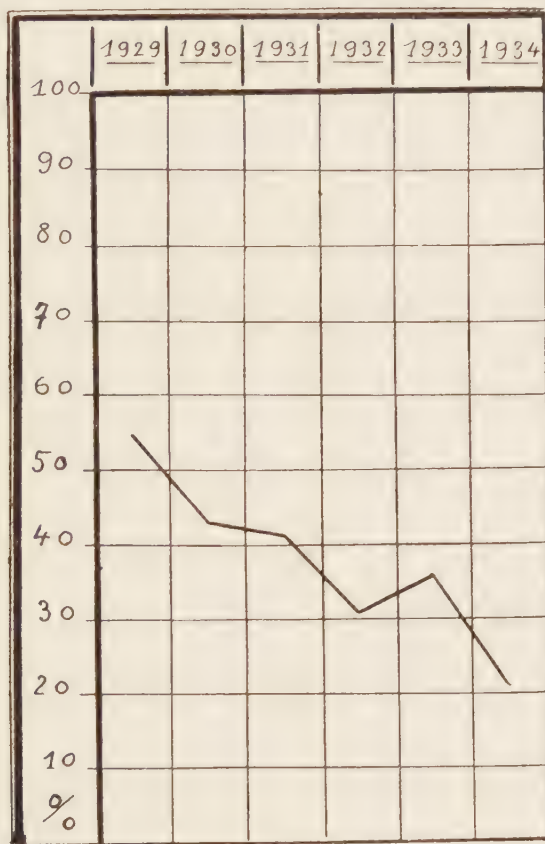
Ceux qui ont une cuti-réaction négative sont revus tous les trois mois, et chaque fois une nouvelle cuti-réaction est pratiquée. Après chaque indisposition un peu longue celles surtout qui peuvent faire suspecter une fièvre bacillaire : température sub-fébrile traînante, amaigrissement, asthénie), on refait une cuti-réaction. Par ce moyen on arrive à un dépistage de la primo-infection et, par des recouplements, à une localisation de la source de contamination. Sur ce chapitre encore, Paris est en avance, puisqu'on a commencé, il y a deux ans, à faire une cuti-réaction à tous les nouveaux.

Cette perfection dans la prophylaxie et le dépistage, dont le mérite revient en grande partie à M. COURCOUX, sera peu à peu, nous l'espérons, étendue à tous les séminaires (*voir graphique n° 1, p. 23*).

La création d'un dépistage analogue pour les prêtres est plus difficile. Toutes les initiatives restent à prendre dans ce domaine. Mais pourquoi le jeune prêtre sortant du séminaire où il a été soumis à une surveillance médicale régulière perdrait-il le bénéfice de ce contrôle ? Celui-ci est d'autant plus nécessaire que le ministère, auquel ce nouveau prêtre se dévoue entièrement, provoque chez lui un surcroît de fatigue et un état de moindre résistance.

Les évêques pourraient imposer à leurs prêtres, surtout à ceux qui ont été désignés à leur attention par le conseil

médical de l'évêché, de se faire suivre régulièrement, soit par un médecin personnel, soit par le dispensaire dont ils dépendront et auquel on pourrait communiquer leur dossier médical. Et pourquoi ne profiterait-on pas des « retraites



GRAPHIQUE N° 1. — Pourcentage des malades arrivés au sanatorium après dépistage tardif.

annuelles », qui réunissent chaque année les prêtres d'un même diocèse, pour faire un examen médical de contrôle ?

Sans doute, là aussi, ce n'est pas du jour au lendemain que l'on peut arriver à ce résultat, qui s'obtiendra de plus en plus facilement à mesure qu'augmente le nombre des

jeunes prêtres éduqués à ce point de vue dans leurs séminaires.

Toutes ces idées sont réellement à l'ordre du jour, et font l'objet non seulement de discussions théoriques, mais de réalisations pratiques. C'est pourquoi le comité des congrès nationaux du recrutement sacerdotal a demandé à M. PASTEAU, président de la Société Saint-Luc, de présenter au VIII^e congrès de Vannes (1932), un rapport sur « la protection de la santé des prêtres et des séminaristes ». Et nous citerons pour terminer ces quelques lignes du courageux plaidoyer prononcé par Son Excellence l'évêque d'Aire et Dax :

« Un évêque ne doit pas seulement soigner ceux qui sont malades, il doit dépister la maladie, employer des méthodes préventives qui sont plus sûres et moins onéreuses que les remèdes curatifs. Il serait illogique et même criminel qu'un évêque se désintéressât de la santé de ceux qui sont déjà recrutés. C'est là une question d'économie et de prévoyance : économie des santés pour conserver des hommes dont le recrutement n'est pas toujours facile ; prévoyance pour ménager les forces dont la disparition porte atteinte au recrutement lui-même... Car si la tuberculose coûte cher, la vie du prêtre vaut plus cher que sa tuberculose ne coûte. »

LES ÉCHELONS DE CURE

On sait qu'un armement antituberculeux complet doit comprendre des organisations successives, graduellement adaptées :

à la prophylaxie,
à la prévention,
à la guérison,
à la réadaptation.

La prophylaxie que nous venons d'étudier est l'équivalent, dans le clergé, de l'échelon « dispensaire » des organisations départementales.

Pour le reste, nous nous bornerons à un aperçu rapide de ce que devrait être cette échelle dont seul existe l'échelon « sanatorium » que nous étudierons longuement.

Le préventorium :

Il serait le premier des échelons de cure et recevrait des élèves de petits séminaires et des séminaristes.

Il serait à deux degrés :

1) **Maison de repos** pour sujets fatigués, en état d'anergie, pour convalescents de grippe, rougeole, broncho-pneumonie, qui méritent une surveillance médicale.

2) **Maison de cure** pour enfants ou jeunes séminaristes ayant fait :

- une cuti-réaction positive avec accident de primo-infection peu important,
- un érythème noueux,

- une typho-bacillose sans lésion pulmonaire,
- un complexe ganglio-pulmonaire peu étendu et en voie de résorption,
- une pleurésie séro-fibrineuse sans atteinte pulmonaire,
- une fièvre ganglionnaire.

Le sanatorium :

Il est réservé en principe aux cas curables. Jusqu'ici cette limitation n'a pu être observée, parce que le sanatorium de Thorenc doit prendre tous les tuberculeux, sauf les cas vraiment trop graves.

Il faudrait, si l'on voulait réellement faire rendre au sanatorium les services qu'il est appelé à donner, examiner les malades trois mois après l'entrée, dans le but de savoir s'ils ont ou non bénéficié de leur séjour et si ce bénéfice va continuer.

Au bout de six mois, à part des cas particuliers qui doivent rester rares, ceux qui ne présentent pas une réelle tendance vers l'amélioration, devraient quitter Thorenc et entrer à l'hôpital-sanatorium.

L'hôpital-sanatorium :

Il devrait comprendre deux sections :

- une section chirurgicale pour les thoracoplasties et les opérations importantes (tuberculoses intestinale, rénale, génitale, osseuse, etc.) ;
- une section pour malades chroniques et pour ceux présentant des complications.

Cet hôpital serait situé en moyenne altitude, dans un climat tempéré, à proximité d'une ville capable de fournir les spécialistes nécessaires.

Centres de réadaptation :

— **Maison de convalescence** pour les prêtres lorsqu'ils peuvent quitter le sanatorium, mais ne sont pas encore aptes à reprendre leurs fonctions.

— **Séminaire de réadaptation** pour les séminaristes.

Comme l'hôpital-sanatorium, ce séminaire serait situé dans un climat et une altitude favorables. Les études y seront poursuivies, tout en tenant compte des nécessités de la cure. On entrevoit les multiples avantages d'une telle organisation : elle permettrait de grouper, avant qu'ils ne rentrent dans leur diocèse, pendant les deux ou trois premières années au moins, tous les séminaristes ayant passé au sanatorium. La discipline, la surveillance, le règlement seraient spécialement étudiés pour eux, les heures d'études réduites, au besoin le programme d'une année pourrait être vu en deux ans.

LE SANATORIUM DE THORENC

FONDATION

La nécessité de créer un sanatorium, pour soigner dès les premières atteintes du mal les membres du clergé français et les aspirants au sacerdoce atteints de tuberculose, s'imposait de façon si nette que deux initiatives se sont rencontrées pendant l'automne de 1924 pour assurer cette œuvre : M. l'abbé LANCRENON d'une part, le président de la Société Saint-Luc, M. le Dr PASTEAU, d'autre part, en parlaient à la même époque à l'archevêché de Paris. Les deux initiateurs furent mis en rapport et il fut convenu que la Société Saint-Luc, s'étendant sur toute la France, userait de sa grande notoriété pour demander à ce sujet l'avis de chacun des évêques de France.

Aussitôt arrivèrent plusieurs réponses épiscopales favorables, et le président de la Société Saint-Luc, ainsi appuyé, fit parvenir à l'assemblée annuelle des cardinaux et archevêques français, en 1925, une note signée de lui et du Dr FERRAND, secrétaire général de la Société, proposant une étude complète de la question.

Malgré son ordre du jour extrêmement chargé, la vénérable assemblée prit la chose en considération et adopta le principe de la création d'un sanatorium du clergé. Mais les réponses épiscopales, qui continuaient de parvenir à la Société Saint-Luc, spécifiaient pour la plupart qu'elles attendaient un projet précis et complet et que la Société Saint-Luc prendrait bien plus facilement et utilement l'initiative de l'œuvre, qu'une assemblée d'évêques réunie surtout pour traiter les questions spirituelles, et n'ayant pas de

comité permanent suffisamment actif et indépendant pour créer l'œuvre au nom de tous.

L'abbé LANCRENON et le Dr PASTEAU se mirent donc d'accord pour procéder à une étude plus complète d'un projet.

En 1926 un rapport détaillé, signé de nouveau des docteurs PASTEAU et FERRAND, fut remis à la réunion des cardinaux et archevêques qui nomma une commission.

Dès lors on entra dans la phase active de réalisation.

Un domaine fut acheté, des constructions mises en état, sous la direction d'un comité médical composé des docteurs COURCOUX, FERRAND, J. HALLÉ, LANCRENON et PASTEAU, par les soins de M. A. COURCOUX, architecte.

Le 18 mars 1930, on procédait à l'inauguration officielle du sanatorium du clergé de France à Thorenc (Alpes-Maritimes)¹.

SITUATION ET CLIMATOLOGIE

La vallée de Thorenc est à 1.150 mètres d'altitude, à 40 kilomètres de Grasse, la ville la plus proche, et à 33 kilomètres à vol d'oiseau de la mer. Elle est orientée de l'E. N.-E. à l'W. S.-W. L'influence marine y est d'autant plus atténuée qu'une série de chaînes et de vallées la séparent de la Méditerranée.

La situation du sanatorium lui-même, sur les pentes douces du versant nord, est particulièrement heureuse : il est bien exposé, son insolation n'est jamais limitée par la crête sud, et les contreforts qui descendent des pentes nord le mettent assez à l'abri du vent d'ouest, vent dominant.

Thorenc jouit *d'un climat d'altitude méditerranéenne*, c'est-à-dire *ensoleillé et sec*. Ses caractéristiques, auxquelles

1. Le sanatorium du clergé italien, qui doit s'ouvrir l'année prochaine, a rencontré plus de difficultés puisque le projet qui vient seulement d'être accepté, grâce à la ténacité de Mgr Orlandi, date de 1930.

le traité de climatologie de PIERY consacre quelques pages sont les suivantes :

L'INSOLATION :

Elle est extrêmement importante puisqu'on compte, par an, au moins 330 jours de soleil, dont 300 de plus de deux heures.

La moyenne d'insolation annuelle, calculée sur les cinq dernières années est de :

2.700 heures (max. : 2.737 h. ; min. : 2.589 h.),
ce qui correspond à une moyenne d'insolation quotidienne de :

7 heures 23 minutes (max. : 7 h. 30 m. ; min. : 7 h. 6 m.).

Et le pourcentage d'insolation possible calculé de 10 h. à 15 h. est de 80 à 85 %, tous chiffres comparables à ceux de Briançon et surtout des Escaldes.

LA LUMINOSITÉ :

Elle est très intense puisqu'elle est en fonction de l'insolation et que la pureté de l'atmosphère et la rareté des nuages propres au climat méditerranéen n'arrêtent pas les radiations. En raison de l'altitude, elle est supérieure à celle de la Côte.

LA SÉCHERESSE :

Elle est due en grande partie à la nature calcaire du sol. Les brouillards sont exceptionnels alors qu'ils sont relativement fréquents dans les vallées parallèles à celle de Thorrenc. Ils se localisent d'ailleurs sur le versant sud, au pied duquel coule la Lane.

LE RÉGIME DES PRÉCIPITATIONS :

Il est régulier : deux saisons d'un mois environ chacune. Une saison principale de pluies en automne, pendant laquelle on enregistre la moitié de la chute annuelle ; une

autre saison moins caractérisée au printemps, qui est aussi la saison des orages. (Il y a certainement à Thorenc un gros facteur d'électricité atmosphérique dont nous indiquerons le rôle dans notre essai de météoro-pathologie.)

De la neige en décembre, janvier, **février**, mars ; mais les dégels sont fréquents.

LE VENT :

Contrepartie de l'absence de brouillards, le vent est assez fréquent : parfois de l'est, très nettement **dominant de l'ouest**, avec une quinzaine de jours de mistral assez atténué par an.

Les grandes VARIATIONS BAROMÉTRIQUES sont rares.

LA TEMPÉRATURE :

Les écarts entre les températures diurnes et nocturnes sont relativement faibles si l'on considère l'altitude à laquelle est situé Thorenc : l'écart moyen entre ces températures est de 9° à 13° seulement.

Les étés sont plutôt frais : la moyenne des minima est de 12° ou 13° ; celle des maxima de 24°. Le thermomètre ne dépasse qu'une quinzaine de fois 25° et n'atteint que rarement 30°.

Les hivers sont moins rudes que dans les stations alpestres : les journées totales de gelée sont rares.

*
* *

Tous ces renseignements sur le « micro-climat » de Thorenc sont retirés d'observations consignées avec une précision et une exactitude rigoureuses par la station météorologique du sanatorium qui fonctionne régulièrement depuis son ouverture. Elle communique ses relevés à l'Institut d'hydrologie et de climatologie de Paris, et *l'Écho du sanatorium* en publie une partie. Les observations faites au

sanatorium confirment les relevés parcellaires des vingt dernières années, relevés qui ont motivé le choix de Thorenc.

Avec ceux qui sont usuels aux stations météorologiques, nous avons mis en service un appareil mesurant l'intensité du rayonnement U. V., et nous pensons en tirer des indications intéressantes.

*
* *

INDICATIONS CLIMATIQUES ET MÉTÉORO-PATHOLOGIE :

Par tous ces caractères, le climat de Thorenc est un « climat actif » qui convient à des sujets jeunes et à des formes jeunes de tuberculose. Et les résultats obtenus le démontrent suffisamment. Puisque la majorité des malades sont de jeunes séminaristes, Thorenc semblait tout indiqué. L'altitude relativement élevée, qui n'est pas toujours très favorable aux sujets d'un certain âge, aurait pu faire hésiter dans le choix de l'emplacement d'un sanatorium destiné aussi à des prêtres. Mais l'expérience a démontré le non-fondé de cette crainte puisque sur les 26 malades âgés de plus de 40 ans, 19 ont bénéficié amplement de ce climat de montagne et ont repris un travail normal.

Il existe, certes, des *contre-indications* à la cure d'air à Thorenc, mais ce sont celles de tout climat actif : lésions bilatérales, évolutives, avec tendance hémoptoïque, intoxications à un stade avancé avec insuffisance cardiaque.

Il faut encore faire mention de quelques points particuliers au climat de Thorenc.

1) Nous avons remarqué que les *lésions laryngées*, quoique évoluant parallèlement à l'affection pulmonaire, ne s'améliorent cependant pas avec la facilité et la rapidité que signalent les auteurs (ΚΑΝΟΝΥ) lorsque se cicatrisent les lésions pulmonaires. Bien souvent au contraire les laryngites traînent alors que l'évolution générale est nettement favorable. Nous attribuons cette particularité à la

grande sécheresse de l'air qui nous semble aussi responsable des rhinopharyngites avec muqueuses sèches et tendance hémorragique.

2) Une deuxième catégorie de malades serait à détourner de Thorenc, ou du moins à surveiller de très près pour voir s'ils s'y adaptent : ceux présentant un *déséquilibre vago-sympathique* et les hyper-thyroïdiens. DAREMBERG avait déjà noté chez des malades « nerveux » une absence totale d'acclimatation. Nous relevons aujourd'hui les mêmes symptômes chez nos sujets hyper-vagotoniques : insomnies, instabilité cardiaque, dépression ou excitation générale.

Faut-il attribuer cette sensibilité aux variations du degré d'ionisation de l'atmosphère, comme le pensent CHAIZE et PRESSAT ? Variations qui accompagneraient les grandes chutes de neige, les orages et les périodes de mistral. Cette sensibilité expliquerait les « petits incidents en série » qui ne sont pas rares à Thorenc.

3) Notons enfin, pour être complet, bien que nous n'ayons pas la preuve d'une influence climatique certaine, que nombre de nos malades (22 %) présentent des courbes de poids assez particulières. Elles débutent par une ascension importante et rapide ; suit une phase stationnaire de durée variable ; enfin la courbe retombe à son point de départ, souvent même à un niveau inférieur, cependant que l'amélioration pulmonaire s'accroît, que la température reste normale et qu'il n'y a pas de troubles hépato-digestifs.

C'est parce que nous avons remarqué ce type de courbe de poids (qui est indépendant de la chrysothérapie), surtout chez des sujets originaires de l'Ouest et du Nord, que nous pensons à une influence de climat méditerranéen de montagne. Ce qui confirme notre opinion, c'est que le malade reprend du poids immédiatement après le retour en plaine.

Ce n'est donc pas en aveugles que les médecins chargés de situer le sanatorium ont choisi cette vallée. D'ailleurs,

dès 1893, le professeur LETULLE y installait des malades et, quelques années plus tard, avec l'avis des médecins suisses de Leysin, Thorenc était considéré comme l'une des meilleures stations climatiques françaises, opinion confirmée récemment par GIRAUD dans son précis de phtisiologie.

FONCTIONNEMENT

DISPOSITIONS LÉGALES :

Le sanatorium du clergé a été « assimilé à un sanatorium public » par décret ministériel du 27 décembre 1929, décret de la plus haute importance pour un milieu dont les membres sont habituellement démunis de ressources personnelles et qui seraient à la charge de leurs diocèses. Le prix de pension des prêtres et séminaristes traités à Thorenc peut être assuré par les départements et par l'État, si les malades remplissent les conditions suivantes :

- 1) Être déclaré par le dispensaire d'hygiène publique du département susceptible d'être traité dans un sanatorium.
- 2) N'avoir pas les ressources personnelles suffisantes pour subvenir aux frais du traitement.

Cette assimilation était logique puisque, dès sa fondation, ce sanatorium, autant par son organisation intérieure que par son mode de recrutement, était l'analogue des sanatoriums publics.

ADMINISTRATION SUPÉRIEURE

CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Un conseil d'administration, composé d'évêques et de médecins, est chargé de la gestion du sanatorium. Il est présidé par Son Excellence Mgr Chollet, archevêque de Cambrai, et les administrateurs délégués sont : Son Excellence Mgr Delay, évêque auxiliaire de Lyon, et les docteurs

Courcoux et Pasteau. Comme nous l'avons dit, les évêques ont compris la nécessité d'accepter toutes les directives du comité médical constitué dans ce conseil.

SECRÉTARIAT.

Un secrétariat dont le siège est à Paris sert d'intermédiaire au sanatorium pour les affaires administratives¹. Il est en particulier en rapport avec les préfectures au sujet de nos malades ayant droit à l'assistance médicale gratuite. Il centralise les demandes d'admission et s'occupe de constituer les dossiers nécessaires.

Du point de vue ecclésiastique, nos malades doivent fournir une autorisation de leur évêque.

Du point de vue médical on leur demande un certificat établi par le médecin traitant, qui est le plus souvent le médecin du dispensaire.

L'admission ou le refus est décidé sur pièces par M. le D^r COURCOUX, délégué du comité médical.

S'il paraît douteux que le malade puisse profiter de la cure sanatoriale, une deuxième visite de contrôle peut être exigée. Il nous semble que ce contrôle devrait être obligatoire dans le cas où le malade attend son admission plus de trois mois, parce que son état risque de s'aggraver ou de s'améliorer au point de rendre inutile un séjour à Thorenc.

Il faut le dire : malheureusement, nous n'avons à la disposition de nos malades que 66 lits, et chaque hiver ce sont quinze, vingt candidats, et même davantage qui restent pendant trois mois dans l'attente d'une place. Candidats récupérables au moment de leur demande, mais qui ne le sont plus tous au moment de leur entrée.

1. Ce secrétariat dont nous ne pouvons trop louer l'inlassable et généreux dévouement constitue un véritable service d'assistance sociale et de vraie charité à l'égard des membres tuberculeux du clergé.

ADMINISTRATION LOCALE

La direction médicale (médecin directeur et son adjoint) est en contact avec le comité médical et avec le secrétariat général. Depuis les débuts du sanatorium, cette direction a été confiée au D^r THIBAULT : nous sommes persuadés que c'est à cette continuité que le sanatorium doit en grande partie sa bonne organisation et ses heureux résultats.

La direction spirituelle est assurée par un supérieur ecclésiastique.

La vie du sanatorium exige la collaboration de ces deux pouvoirs, bien qu'aucune décision ne soit prise sans l'avis du médecin directeur, celui-ci, comme dans tout sanatorium, étant le seul responsable.

Le service hospitalier est assuré par les sœurs infirmières de Niederbronn.

LE SANATORIUM

C'est un ancien hôtel *adapté* à sa nouvelle destination. Seul, le groupe médical est entièrement neuf et comprend les services de radiologie, de laboratoire et une salle d'opération dont la nécessité s'imposait par l'éloignement d'un centre chirurgical.

Les chambres au midi sont dotées de balcons de cure. Mais les malades des chambres situées à l'est et à l'ouest font leur cure dans des abris individuels, analogues aux **shelters** anglais et hollandais.

Ces abris présentent de nombreux avantages sur la galerie commune : isolement complet — silence — possibilités de travail. Le sentiment du home personnel, qu'il décore et qu'il meuble à son goût, crée chez le malade le désir d'y rester même en dehors des heures de cure. A un autre point de vue, ils sont plus économiques que les galeries de cure, et plus rationnels puisqu'ils sont individuels, amovibles, orientables, et que leur création se fait au fur et à mesure

des besoins. C'est la première adaptation française de cette méthode étudiée déjà par LABESSE et THIBAUT, et préconisée ici par M. COURCOUX.

Signalons encore une ou deux particularités de la vie du sanatorium.

Des oratoires ont été construits à chaque étage pour les malades couchés. De nombreux autels permettent aux prêtres de dire simultanément leur messe. Ainsi les heures de cure sont respectées et le jeûne ne se prolonge pas au delà de huit heures et demie.

Il y a un poste central de T. S. F. et un écouteur dans chaque chambre. Un microphone permet aux grands malades de suivre de leur lit les réunions collectives et de partager la vie de tous.

Un véritable esprit de famille, élément de cure qu'on cherche à développer le plus possible, préside à cette vie de communauté.

LES MALADES

Nous avons déjà dit combien il était difficile de refuser de grands malades, puisqu'il n'existe pas encore d'hôpital-sanatorium. Force nous est de recevoir tous les types de tuberculeux, mais nous voudrions ne voir arriver au sanatorium que des malades précocement dépistés et dont fatalement un certain nombre seraient peu atteints. Mais, qu'on ne nous reproche pas d'avoir de faux tuberculeux et de donner ainsi des statistiques de récupération trop facile.

En effet **186.63** ¹⁰⁰/₁₀₀ ont fait leur preuve bactériologique :

53 bacillaires de signature,

73 bacillaires devenus négatifs pendant leur cure,

17 bacillaires intermittents,

43 bacillaires constants,

109 n'ont pas fait cette preuve, n'ayant eu de bacilles ni avant, ni pendant, ni après leur séjour au sanatorium.

Cependant ils ont fait leur preuve clinique : ainsi, on trouve :

14 malades présentant des signes cliniques et radiologiques assez importants pour exiger la création d'un pneumothorax,

4 présentant une atteinte sérieuse (bilatérale chez trois d'entre eux) chez lesquels une mise en observation prolongée a écarté toute intervention,

32 ayant eu hémoptysies avec signes radiologiques de certitude, dont quatre furent précédées de pleurésies séro-fibrineuses, et dix simples hémoptysies d'alarme,

5 avec tramite bilatérale,

3 avec tramite unilatérale,

5 avec réaction ganglio-pulmonaire dont une s'accompagnant d'une atteinte pleuro-péritonéale importante,

11 avec signes d'imprégnation : toux, expectoration, amaigrissement, et signes radiologiques certains,

21 pleurésies séro-fibrineuses sur lesquelles s'est greffée, à plus ou moins lointaine échéance, une évolution pulmonaire,

6 avec séquelles pleurales ou réactions pleurales sèches,

3 malades de préventorium.

Ces non-cracheurs de bacilles sont soumis à un contrôle sévère à leur entrée au sanatorium, et tout récemment encore nous avons éliminé un faux tuberculeux chez lequel plusieurs cuti-réactions se sont montrées négatives.

DURÉE DE SÉJOUR

Elle est en moyenne d'un an. Aucune réglementation légale ne peut la limiter et, seule, l'évolution de la maladie impose cette durée. La création d'un hôpital-sanatorium et d'une maison de réadaptation permettrait de réduire la durée moyenne de séjour. Les malades sérieusement atteints, qui après six mois n'auraient pas bénéficié de Thorenc, seraient dirigés vers l'hôpital-sanatorium.

Un centre de réadaptation recevrait les petits malades non bacillaires, nettement stabilisés après six mois, mais qui ne peuvent retourner d'emblée au séminaire et que, pour cette raison, nous sommes obligés de garder plus longtemps. Elle recevrait aussi les malades unilatéraux chez lesquels un pneumothorax total a arrêté toute évolution et qui se trouveraient peut-être mieux d'un climat de plaine.

Nous l'avons déjà dit plus haut, mais il ne nous semblait pas inutile d'y revenir.

FICHES DE NOUVELLES.

Régulièrement des fiches de nouvelles sont envoyées aux évêques, aux supérieurs de séminaires et aux médecins traitants, auxquels il est indispensable de les communiquer, dans l'intérêt même du malade.

Avec des renseignements sur le poids, la température, l'expectoration, elles donnent une appréciation d'ensemble sur l'état général, sur l'état local, et sur la durée probable du séjour et, autant que possible, une impression pronostique.

NOTES MÉDICALES DE DÉPART.

Une note médicale est remise à chaque malade au moment où il quitte le sanatorium. Elle résume l'histoire de sa maladie, elle nous permet de faire le point et constitue le premier lien avec le médecin traitant.

*
* *

Le double de toutes les observations et notes médicales est adressé à l'administrateur délégué chargé du contrôle médical. Il possède ainsi un dossier complet sur chaque malade et peut continuer à s'occuper *médicalement* de lui, après sa sortie, pour lui faciliter une recherche de poste d'attente, le conseiller, l'examiner, etc.

VIE POST-SANATORIALE

C'est le médecin traitant qui est appelé à surveiller la vie post-sanatoriale de notre malade. Mais il ne saurait le faire qu'en collaboration avec le médecin du sanatorium, car c'est à ce dernier qu'il incombe le plus logiquement de diriger la convalescence de ses anciens malades et leur retour progressif à une vie active. Il est seul qualifié pour le faire, car seul, il connaît pour chacun, la gravité, l'étendue et l'ancienneté des lésions, la rapidité et le degré de l'amélioration, toutes notions indispensables pour prévoir l'avenir.

Disons tout de suite combien tout serait facilité par l'existence de la maison de réadaptation qui, reconnue par l'État, permettrait à nos malades d'achever leur convalescence sans perdre le bénéfice des subventions accordées par les dispensaires.

Pour le moment, ils choisissent eux-mêmes leur futur établissement de cure, avec l'approbation de leurs évêchés, dans la région dont le climat est conseillé par le médecin du sanatorium. Les évêques ne prennent aucune décision au sujet de leurs diocésains sans l'avis du directeur du sanatorium.

*
* *

Ainsi le *séminariste* continuera sa convalescence en famille, si tout danger de contamination pour les siens est écarté. Après cette phase de réadaptation, il reprendra ses études. S'il est complètement guéri, si le climat de sa

région lui est favorable, il fera pour commencer une année d'études dans son séminaire d'origine, comme interne, avec une discipline moins sévère, ou même comme externe. A la rentrée d'octobre, les supérieurs de séminaire reçoivent du sanatorium une lettre contenant un petit rappel de ménagements pour les séminaristes qui nous ont quittés dans les mois qui précèdent.

Mais si leurs évêques les y autorisent, nous préférons qu'ils reprennent leur travail sous un climat meilleur, dans un des séminaires qui acceptent nos anciens malades. Les élèves y sont surveillés médicalement de très près. On leur accorde un règlement adouci : dix heures de repos la nuit, la possibilité de travailler deux heures sur une chaise-longue après le repas de midi. Nous demandons de plus à nos convalescents d'interrompre toute activité pendant les vacances, en particulier de ne s'occuper ni de colonies de vacances, ni de patronages. Quelques-uns reviennent passer les mois d'été au sanatorium dans la mesure des places disponibles.

*
* *

La nécessité d'une réadaptation se fait sentir aussi bien *pour le prêtre* que pour le séminariste, car les mêmes dangers existent :

— pour le malade, au retour dans sa paroisse où il retrouve les fatigues de son ministère ;

— pour l'entourage qui n'est pas à l'abri d'une contamination provoquée par l'élimination passagère de bacilles chez un tuberculeux apparemment guéri. Ces éliminations sont bien connues et surviennent à l'occasion d'un surmenage ou d'une infection pulmonaire banale.

D'où la nécessité de lui interdire provisoirement l'accès à certaines charges : professorat, direction de patronages et de groupements de jeunesse. Au début, le poste idéal est l'aumônerie de sanatorium où le malade peut concilier un ministère partiel avec les exigences de la cure.

Cette première étape franchie, quand tout danger de rechute est écarté, le prêtre rentre dans son diocèse où l'on évite au convalescent tout surmenage, en lui donnant une petite paroisse de campagne ou une aumônerie peu importante.

. .

Ces conditions de vie et ces mesures de surveillance diminuent les risques de rechute.

En effet, sur seize rechutes constatées après le départ du sanatorium, six ont eu lieu chez des malades ayant repris trop précocement leur activité ou se surmenant en dépit des avertissements reçus.

En somme, le schéma de la vie post-sanatoriale présente trois étapes progressives, la durée de chacune variant avec les cas cliniques :

- une première, de prolongation de cure ;
- une deuxième, d'activité partielle ;
- une troisième, de récupération totale.

Dès le sanatorium, le prêtre est préparé par des conférences médicales à sa vie de tuberculeux guéri et au rôle social qui lui incombera. Les notions qu'il acquiert ainsi sur les caractères de la maladie et les dangers de la contamination lui sont utiles à lui-même sans doute, elles le sont bien davantage à ceux qu'il coudoiera dans sa nouvelle existence. Sans exagérer l'importance des services qu'il rendra, nous croyons que le prêtre pourra devenir un précieux auxiliaire dans la lutte antituberculeuse (rôle éducatif et donc prophylactique élargi du sanatorium).

SECONDE PARTIE

ÉTUDE STATISTIQUE DES RÉSULTATS DU SANATORIUM DE THORENC

Au moment du départ d'un malade, on peut déjà avoir une impression d'avenir, mais combien vague, combien fragile, et que trop souvent viennent démentir les faits (rechutes, améliorations inespérées).

Le « devenir » du tuberculeux est une question capitale, et nous avons constaté à quel point on s'y intéresse à Thorenc, et avec quel souci on s'est préoccupé d'établir l'enquête post-sanatoriale et d'en tirer des conclusions statistiques. C'est en effet dans cet esprit que sont rédigés les rapports annuels envoyés par le médecin directeur au comité médical¹.

Nous étudierons dans cette seconde partie :

a) comment a pu être facilitée et réalisée dans le milieu du clergé l'**enquête post-sanatoriale**,

b) comment les documents fournis par cette enquête rigoureuse nous ont permis d'établir une **statistique complète**.

1. Ces rapports sont eux-mêmes inspirés de ceux des sanatoriums populaires de Leysin (MORIN et CARDIS) et du sanatorium Neuchâtelois (ROSSEL).

ENQUÊTE POST-SANATORIALE

Il est facile de deviner que les médecins de sanatoriums éprouvent les plus grandes difficultés à suivre leurs anciens malades. Ceux-ci sont repris par leurs occupations et sont isolés dans des milieux professionnels où les soucis de santé passent au second plan.

Ainsi perdent-ils contact avec le sanatorium d'autant plus rapidement que leur guérison est plus complète. Les tâtonnements et les changements de situations fréquents du début absorbent le malade, et peu nombreux sont ceux qui demandent conseil à leur médecin pour déterminer leur choix. A plus forte raison, les enquêtes que fera plus tard le sanatorium n'aboutiront-elles qu'à des résultats partiels. Qu'on en juge par ces données extraites de la thèse de U. Guinard : Sanatoriums donnant leurs malades perdus de vue :

SANATORIUM DE BLIGNY :

Résultats éloignés allant de 10 à 20 ans :

Introuvables 67, soit 8,06 %.

SANATORIUM DES INSTITUTEURS A SAINTE-FEYRE :

Résultats éloignés allant de 10 à 18 ans :

Perdus de vue 183, soit 26,7 %.

SANATORIUM DES MINEURS A SULZHAYN (Allemagne du Nord) :

Résultats éloignés calculés après 5 ans :

Sans indications 60,5 %.

SANATORIUMS ALLEMANDS DE STADT WALDT ET MOLTKEFELS :

Résultats éloignés calculés après 6 ans :

Sans indications..... 132, soit 60,82 %.

DONNÉES STATISTIQUES PUBLIÉES EN 1914 PAR LE COMITÉ
CENTRAL ALLEMAND DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE :

Résultats éloignés calculés après 6 ans :

Sans indications..... 1.081, soit 36,7 %.

Note. — Seul, tout récemment, Jacques ARNAUD apportait une statistique complète sur le personnel infirmier de l'Assistance publique de Paris. Cette enquête, plus facile que celle d'un sanatorium, vient à l'appui de ce que nous affirmions plus haut : c'est seulement dans un milieu fermé qu'on arrive à ne pas perdre de vue un seul malade.

Comme on le voit, tous les sanatoriums publics ou privés perdent de vue un pourcentage, variable d'ailleurs, de leurs malades. La chose est fatale. Et ce qui fait l'intérêt de la statistique d'U. GUINARD, c'est le pourcentage remarquable de 8 %, mais obtenu au prix de quel travail ! Pendant des mois, il le dit lui-même dans son avant-propos, il multiplia les démarches auprès des mairies, des hôpitaux, des familles, des préfectures de police, des concierges, et tout cela pour n'obtenir que le facteur « durée de survie ». Or, il faut noter qu'il avait été aidé considérablement par « l'Amicale de Bligny », laquelle assurait déjà le contact des malades entre eux et avec le sanatorium. Quand L. GUINARD l'avait fondée, il poursuivait un but purement charitable, sans penser à cette heureuse utilisation scientifique.

S'inspirant de cette idée, très intéressé d'autre part par le questionnaire annuel de ROSSEL (sanatorium Neuchâtelois, Leysin), THIBAULT, dès le premier mois de fonctionnement

du sanatorium du clergé, a proposé à ses malades le principe d'un contact régulier maintenu par les moyens suivants :

1) « Écho du sanatorium », bulletin qui crée le lien entre les anciens et les présents, entre les anciens et le sanatorium.

2) Échange de correspondance : le supérieur ecclésiastique ou le médecin directeur répondent à toutes les lettres des anciens malades.

3) Envoi de questionnaires annuels dont on trouvera le texte ci-contre.

On remarquera que, dans l'état actuel des choses, il est impossible de demander, pour remplir ce questionnaire, un examen médical complet, ce qui serait pourtant l'idéal. On peut au moins obtenir les deux renseignements suivants, d'importance capitale :

**l'état bacilloscopique
et la capacité de travail.**

Il faut le reconnaître, la plupart des malades répondent spontanément : lorsqu'un oubli se produit, nous avons la ressource de demander des renseignements soit au supérieur de séminaire, soit à l'évêque. Ainsi **pas un malade ne peut échapper à l'enquête**. Nous sommes loin, grâce à l'organisation de ce milieu fermé, des difficultés que signalait GUINARD, difficultés souvent insurmontables et qui expliquent comment tant de médecins de sanatoriums renoncent à engager une enquête qu'ils savent d'emblée vouée à un échec.

Réunir des questionnaires annuellement n'est pas tout, il faut encore transcrire, sous une forme concise et utilisable à la fois, les renseignements ainsi obtenus. Nous le faisons

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Rempli à la date du

193

Nom : Prénom : Age :

Situation ecclésiastique :

Adresse actuelle :

Date de l'entrée au sanatorium : de la sortie :

(Durée de séjour

)

Médecin-Traitant actuel :

I. — ETAT ACTUEL

Température : Poids : État général :

Expectoration : Abondance

Date du dernier examen positif : négatif :

Est-elle régulièrement positive : négative :

II. — TRAITEMENTS SUIVIS DEPUIS LA SORTIE

Pneumothorax : fréquence des insufflations :

..... date ; quantité, et pressions de la dernière :

..... liquide ?

Phrénicectomie : Thoracoplastie :

Sels d'or : quantités reçues : combien de séries :

Autres traitements :

Résultats obtenus :

A vez-vous continué à faire de la cure ? En cure libre :

En sanatorium :

L'armement antituberculeux du Clergé.

III. — INCIDENTS PRÉSENTÉS APRÈS LE DÉPART
DE THORENC

Hémoptysies:

Poussées fébriles:

Poussées évolutives nettes:

Réapparition des bacilles:

IV. — ÉTAPES DE LA REPRISE D'ACTIVITÉ
DEPUIS LA SORTIE OU LE DERNIER QUESTIONNAIRE

SÉMINARISTES : Études reprises au séminaire de:

en :

» » en famille :

Ordres reçus:

PRÊTRES..... : Importance de la reprise d'activité par rapport aux anciennes
occupations :

ACTUELLEMENT : Heures de repos : la nuit :

le jour :

Heures de travail : debout :

assis :

sur la « fiche » *au recto* de laquelle on résume tous les points intéressants de la cure :

Situation ecclésiastique, diocèse, âge, durée de séjour.

Forme de début. Dépistage plus ou moins précoce.

État à l'entrée.

Renseignements sur la cure (particulièrement bacilloscopie, collapsothérapie, chimiothérapie, variations du poids, complications).

État à la sortie, impression d'avenir

le verso étant réservé à la vie post-sanatoriale ; on y inscrit, année par année, après la sortie :

État clinique et bacilloscopique. | État social et capacité de travail.

Ce fichier maniable, facile à consulter, contient en substance tous les éléments d'une enquête post-sanatoriale perpétuellement à jour.

I. STATISTIQUES DE RÉCUPÉRATION. RECHUTES

I. STATISTIQUES DE RÉCUPÉRATION

La *durée de survie* est, en général, ce que les auteurs font ressortir de leurs statistiques. C'est évidemment une notion très importante et qui mérite de rester à la base de toute statistique. Le point de repère qu'elle donne est sans doute imprécis, mais il faut bien avouer qu'habituellement on ne peut faire mieux. Il le faudrait pourtant et, pour notre part, bien loin de négliger « la durée de survie », nous nous sommes efforcé de compléter cette notion en précisant la *capacité de travail* de chacun de nos anciens malades. Les chiffres que nous donnons ont donc avant tout un *intérêt social*.

Nous étudierons dans ce premier chapitre uniquement le pourcentage et la qualité de la récupération pour l'ensemble de nos malades, sans tenir compte, ni de la gravité des lésions, ni des moyens thérapeutiques employés, ni de la durée de séjour au sanatorium. Une statistique de récupération gagnerait à être envisagée sous ces divers points de vue ; mais pour la clarté de l'exposition, nous avons préféré donner d'abord un aperçu global de la récupération. Nous étudierons dans les chapitres suivants les divers facteurs qui la conditionnent.

Nous faisons remarquer d'emblée que, malgré les apparences, le nombre des récupérés n'est pas toujours en fonction de celui des non-cracheurs de bacilles. Que l'on en juge par ce tableau où il est surprenant de remarquer que l'année 1932, pour laquelle les meilleurs résultats ont été

obtenus, donne le pourcentage le plus élevé de bacillaires ; ce fait peut s'expliquer par la très large utilisation de la collapsothérapie : 31 interventions ont été pratiquées pour un ensemble de 51 malades.

	Malades bacillaires	Totalement récupérés
1929.....	54,8 %	67,7 %
1930.....	70,2 %	64 %
1931.....	60,7 %	50 %
1932.....	74,5 %	76,4 %
1933.....	63,5 %	59,6 %

Aussi n'avons-nous pas cru devoir limiter notre recherche de récupération uniquement aux cracheurs de bacilles (comme l'avait fait U. GUINARD), d'autant plus qu'il est logique d'admettre que les recherches de laboratoire n'ont pu être pratiquées *en temps voulu* pour beaucoup de malades arrivés « refermés » au sanatorium. Nous avons d'ailleurs précisé à propos du recrutement de nos malades que ceux-ci étaient bien de vrais tuberculeux.

Notre étude porte donc sur la totalité des malades passés au sanatorium, soit 295. Nous n'avons pas éliminé ici, comme nous le ferons dans les statistiques considérées du point de vue thérapeutique, 5 malades n'ayant pas fait la preuve radiologique ni bactériologique certaine d'une tuberculose pulmonaire, pour les raisons suivantes : leur état de santé s'est considérablement amélioré au sanatorium, ils ont été récupérés par leurs diocèses, et ils nous donnent régulièrement de leurs nouvelles.

Du point de vue administratif, nous aurions 315 sorties, mais nous ne tenons compte que de 295 fiches puisque les 20 autres concernent :

- 3 séjours d'une durée inférieure à une semaine,
- 17 retours au sanatorium,

Sur les 295 que nous suivrons au cours des années post-sanatoriales :

34	sont sortis en	1929
47	—	1930
56	—	1931
51	—	1932
52	—	1933
58	—	1934
295		6 ans

Pour établir nos graphiques, nous avons suivi chacun de ces groupes séparément depuis leur date de sortie jusqu'au 1^{er} janvier 1935.

Voici la classification adoptée :

Sujets totalement récupérés, activité normale :

- prêtres dans leur paroisse,
- séminaristes ayant repris la vie normale de leur séminaire avec parfois quelques ménagements.

Sujets partiellement récupérés, ministère incomplet :

- prêtres de petites paroisses,
- aumôniers de sanatoriums,
- séminaristes ayant repris leurs études dans des conditions meilleures de travail et de climat.

Malades encore en cure qui sont :

- les uns, jugés **récupérables**, appelés à reprendre leur activité dans un délai variable,
- les autres, jugés **non-récupérables** au moment de leur départ.

Il y a un intérêt spéculatif à distinguer récupérables et non-récupérables, et les démentis que ces malades donnent

parfois à une impression pronostique n'en sont pas le moindre facteur.

Les décès :

Disons tout de suite qu'ils sont de 39 au 1^{er} janvier 1935, dont 15 au sanatorium, ce qui représente un pourcentage global de 13,2 %.

Quant aux 12 malades qui ont abandonné leurs études, il a été plus difficile de les suivre ; les renseignements obtenus nous ont cependant permis de les classer dans le même cadre, sans tenir compte du fait que leur activité a été perdue pour les évêchés qui se sont occupés d'eux.

RÉSUMÉ DES STATISTIQUES DU SANATORIUM DE THORENC

MALADES SORTIS

295

Récupération ————— Bacilloscopie

1929

31 malades

Au bout de trois ans	{	actifs...	21	17 bacillaires : sur ce nombre 6 dont l'expectoration est devenue négative au sanatorium au 1 ^{er} janvier 1935 : 3 bacillaires.
		en cure..	3	
		décédés..	7	
Au 1 ^{er} janvier 1935	{	actifs...	23	
		en cure..	4	
		décédés..	7	

1930

47 malades

Au bout de trois ans	{	actifs...	35	33 bacillaires : sur ce nombre 21 dont l'expectoration est devenue négative au sanatorium au 1 ^{er} janvier 1935 : 6 bacillaires.
		en cure..	3	
		décédés..	9	
Au 1 ^{er} janvier 1935	{	actifs...	34	
		en cure..	4	
		décédés..	9	

1931

56 malades

Au bout de trois ans, 1 ^{er} janvier 1935	{	actifs...	36	34 bacillaires : sur ce nombre 19 dont l'expectoration est devenue négative au sanatorium au 1 ^{er} janvier 1935 : 5 bacillaires.
		en cure..	9	
		décédés..	11	

1932

51 malades

Au 1 ^{er} janvier 1935	{	actifs...	43	37 bacillaires : sur ce nombre 33 dont l'expectoration est devenue négative au sanatorium au 1 ^{er} janvier 1935 : 3 bacillaires.
		en cure..	2	
		décédés..	6	

1933

52 malades

Au 1 ^{er} janvier 1935	{	actifs...	40	34 bacillaires : sur ce nombre 25 dont l'expectoration est devenue négative au sanatorium au 1 ^{er} janvier 1935 : 5 bacillaires.
		en cure..	8	
		décédés..	4	

1934

58 malades

Au 1 ^{er} novembre 1935	{	actifs...	48	31 bacillaires : sur ce nombre 22 dont l'expectoration est devenue négative au sanatorium au 1 ^{er} novembre 1935 : 5 bacillaires.
		en cure..	6	
		décédés..	4	

MALADES SUIVIS DEPUIS 1929

Cette première statistique porte sur les 31 malades sortis en 1929.

En décembre 1929, c'est-à-dire à la fin de l'année de sortie :

16 sont totale ment récupérés.....	51,5 %
2 d'entre eux, guéris, abandonnent leurs études.	
4 sont demi-actifs, partiellement récupérés	12,9 " "
4 se soignent encore, prochainement récupérables	12,9 " "
5 continuent leur cure sous un climat plus favorable, jugés non-récupérables ...	16,1 %
2 sont décédés au sanatorium	6,4 %
31	99,8 %

A la fin de 1930 : c'est-à-dire au bout d'un an :

3 malades non récupérables sont décédés,
2 récupérables deviennent partiellement actifs,
3 partiellement récupérés ont repris progressivement leur activité complète,

1 malade complètement actif a fait une petite hémoptysie sans poussée évolutive nettement caractérisée et n'a interrompu ses études que pendant quelques semaines.

19 Total ^t récupérés	3 Partiel ^t récupérés	2 Récupérables	2 Non- récupérables	5 Décédés
61,5 %	9,6 %	6,4 %	6,4 %	16,1 " "

A la fin de 1931, c'est-à-dire deux ans après l'année de sortie :

26 survivants.

Peu de modifications.

1 malade non récupérable est décédé,

1 malade demi-actif est maintenant complètement récupéré.

20	2	2	1	6
Total ^t récupérés	Partiel ^t récupérés	Récupérables	Non- récupérables	Décédés
64,4 %	6,4 %	6,4 %	3,2 %	19,3 %

En décembre 1932, c'est-à-dire trois ans après l'année de sortie :

1 non-récupérable est décédé,

1 malade partiellement récupéré fournit un travail normal.

2 sujets complètement récupérés font une rechute ; l'un rentre au sanatorium, restant récupérable, l'autre garde une demi-activité.

Sur les 25 survivants on trouve :

19	2	3	0	7
Total ^t récupérés	Partiel ^t récupérés	Récupérables	Non- récupérables	Décédés
61,5 %	6,4 %	9,6 %		22,5 %

En 1933 aucune modification.

A la fin de 1934, c'est-à-dire cinq ans après l'année de sortie :

2 récupérables sont devenus complètement actifs.

Nous notons donc, en fin décembre 1934, que sur nos 31 malades de 1929,

21 sont totalement récupérés	67,7 %
2 sont partiellement récupérés	6,4 %
1 est récupérable	3,2 %
7 sont décédés	22,5 %
<u>31</u>	<u>99,8 %</u>

Nous remarquons dès maintenant que le petit nombre de malades sur lequel porte cette statistique ne permettrait pas d'en interpréter les résultats s'ils n'étaient en tous points semblables à ceux des années suivantes.

Résultats excellents, cependant, si l'on se souvient que dans cette année de début 17 malades, c'est-à-dire 54,8 %, étaient des grands chroniques, ou des sujets dépistés et traités plus d'un an après le début apparent de l'affection. Ainsi trouve-t-on 16 % de non-récupérables dès l'année de sortie et plus de 22 % de décès au bout de 3 ans, chiffre plus élevé que tous ceux donnés par les statistiques suivantes ; ce pourcentage ne se modifie d'ailleurs plus jusqu'à la fin. La catégorie des non-récupérables a disparu, celle des récupérables s'est réduite à 3 % et celle des totalement récupérés s'accroît encore à 68 % en 1934, plus de 5 ans après la sortie.

MALADES SUIVIS DEPUIS 1930

Nombre de malades sortis en 1930 : 47, sur lesquels on trouve en fin d'année 1930 :

16 totalement récupérés	34,0 °/o
8 partiellement récupérés	17,0 °/o
13 récupérables	27,6 ° o
3 non-récupérables	10,6 ° o
5 décédés, dont 3 au sanatorium . . .	10,6 °/o
<u>47</u>	<u>99,8 ° o</u>

En décembre 1931, c'est-à-dire au bout d'un an :

1 récupérable fait une rechute sans gravité, ne change pas de catégorie.

2 autres récupérables deviennent demi-actifs.

Le nombre des sujets totalement récupérés passe de 16 à 25, par addition de 3 récupérables et de 6 partiellement récupérés.

25	4	8	3	7
Totalt récupérés	Partielt récupérés	Récupérables	Non- récupérables	Décédés
53,1 °/o	8,5 °/o	17 °/o	6,3 °/o	14,9 °/o

A la fin de 1932, c'est-à-dire deux ans après l'année de sortie :

Un des malades non récupérables s'est amélioré, mais abandonne ses études.

Deux récupérables sont complètement guéris, l'un d'entre eux, cependant, en raison de l'âge, ne reprend pas le service assez actif qu'il pourrait accomplir. Cinq autres récupérables font un travail partiel.

Mais parmi les sujets totalement récupérés, deux ont présenté de petits incidents évolutifs et diminuent leur acti-

ulté ; un autre fait une véritable rechute, mais reste récupérable.

24	11	3	2	7
Totalt récupérés	Partiell récupérés	Récupérables	Non- récupérables	Décédés
51 %	23,4 %	6,4 %	4,2 %	14,9 %

En décembre 1933, c'est-à-dire trois ans après l'année de sortie :

Un non-récupérable est décédé après deux premiers temps de thoracoplastie.

Un autre non-récupérable s'est amélioré et devient susceptible de travailler un jour.

Un malade, jugé récupérable à son départ, a fait une succession de poussées évolutives et perd toute chance d'activité ultérieure.

Six malades partiellement récupérés sont maintenant très actifs.

Mais sur les totalement récupérés, un a fait une rechute, et reste dans cette catégorie.

Un autre, trop actif, malgré l'avis médical, fait une poussée suraiguë qui l'emporte.

28	7	2	1	9
Totalt récupérés	Partiell récupérés	Récupérables	Non- récupérables	Décédés
59,6 %	14,8 %	4,2 %	2,1 %	19 %

A la fin de 1934, c'est-à-dire quatre ans après l'année de sortie :

Deux malades partiellement récupérés deviennent très actifs.

Un autre fait une cure de repos à la suite d'une maladie infectieuse sans évolution consécutive.

Un sujet totalement récupéré fait une rechute.

30 totalement récupérés.....	64,0 ° °
4 partiellement récupérés.....	6,4 ° °
3 récupérables.....	8,5 ° °
1 non-récupérable.....	2,1 ° °
9 décédés.....	19,0 ° °

L'année 1930 est celle pour laquelle on trouve le plus de rechutes : 7, soit 14,9 ° °, dont 5 chez des sujets totalement récupérés. Mais deux de ces derniers ont subi volontairement un indiscutable surmenage qui aurait eu raison d'hommes sans antécédents de tuberculose.

D'autre part, deux de ces rechutes se sont produites chez des sujets venant de sortir du sanatorium, stabilisés certes, mais ayant encore besoin de soins. Ces rechutes ont été peu graves, en général, et la récupération reste possible pour 5 d'entre eux.

Comparée à la précédente, cette statistique montre que le chiffre des totalement récupérés au bout de quatre ans est de :

Pour 1929	Pour 1930
61,5 ° °	64 ° °
avec 9,6 ° ° de récupérables contre	6,4 ° °
et 22,5 ° ° de décès au lieu de	19 ° °

MALADES SUIVIS DEPUIS 1931

Étude portant sur les 56 malades sortis en 1931, répartis dans le tableau suivant, en décembre 1931, c'est-à-dire à la fin de l'année de sortie :

12 totalement récupérés.....	21,4 %
13 partiellement récupérés.....	23,2 %
16 récupérables.....	28,5 %
7 non-récupérables.....	12,5 %
8 décédés.....	14,3 %

Dans le courant de la première année : 1932 :

Sur les 7 non-récupérables, un s'améliore et reprend un travail partiel.

Sur 16 récupérables :

2 sont décédés,

2 font une poussée évolutive, l'un d'eux rentre au sanatorium. Tous deux restent récupérables.

1 autre fait un court séjour à Thorenc avant thoracoplastie,

5 sont complètement actifs.

Sur les 13 partiellement récupérés :

8 travaillent normalement.

Enfin, sur les 12 totalement récupérés :

2 font une rechute, l'un garde une activité limitée, l'autre est encore récupérable.

On trouve donc à la fin de l'année 1932, c'est-à-dire au bout d'un an :

23	7	10	6	10
Totalt récupérés	Partiel ^t récupérés	Récupérables	Non- récupérables	Décédés
41,1 %	12,5 %	17,8 %	10,7 %	17,8 %

En décembre 1933, c'est-à-dire deux ans après l'année de sortie :

1 non-récupérable est décédé,

6 récupérables sont demi-actifs.

Sur les partiellement récupérés :

2 sont très actifs,

1 est en cure, et garde des possibilités de travail.

Sur les totalement récupérés :

1 fait une rechute et revient au sanatorium, considéré comme récupérable.

Tableau récapitulatif :

24	10	6	5	1
Total ^t récupérés	Partiel ^t récupérés	Récupérables	Non- récupérables	Décédés
42,8 °/°	17,8 °/°	10,7 °/°	9 °/°	19,6 °/°

A la fin de 1934, c'est-à-dire trois ans après l'année de sortie :

2 malades récupérables sont demi-actifs (dont un cas de thoracoplastie).

1 autre a une capacité de travail normale,

4 partiellement récupérés sont actifs,

1 totalement récupéré se repose à la suite d'un abcès d'origine costale.

28 sont totalement récupérés..... 50,0 °/°

8 sont partiellement récupérés..... 14,2 °/°

4 sont récupérables..... 7,1 °/°

5 sont non-récupérables..... 9

11 sont décédés..... 19,6 °/°

56..... 99,9 °/°

L'année 1931 semble donner une statistique moins favorable.

Au bout de trois ans nous n'avons en effet que 50 % de sujets entièrement récupérés, au lieu de 59,5 %, au temps correspondant, pour les malades sortis en 1930. Toutefois les prolongations de cure par des malades récupérables (10,7 %) sont susceptibles de modifier encore ces données.

L'infériorité des résultats ne peut être imputée, nous l'avons déjà dit, à une différence dans les pourcentages des cracheurs de bacilles, puisque ce pourcentage est beaucoup plus élevé en 1930 :

70,2 % contre 60,7 % en 1931.

MALADES SUIVIS DEPUIS 1932

Cette année apporte par contre d'excellents résultats. On verra en effet qu'au bout de deux ans :

76,4 ‰ de malades sont totalement récupérés,
7,8 ‰ ——— partiellement récupérés,
soit **84.2 ‰ de malades capables de travail.**

Résultat bien supérieur à celui de 60,6 ‰ obtenu au bout de trois ans pour la précédente statistique.

Remarquons (p. 98 et 99) les dépistages précoces réalisés dans cette année, une des meilleures à ce point de vue, une de celles aussi où les pneumothorax, créés au sanatorium et avant l'entrée, ont été les plus nombreux.

A la fin de 1932, c'est-à-dire au bout de l'année de sortie, les 51 malades sortis dans l'année sont répartis dans le tableau suivant :

24 totalement récupérés.....	47 ‰
12 partiellement récupérés.....	23,5 ‰
10 récupérables.....	19,6 ‰
3 non-récupérables.....	5,9 ‰
2 décédés au sanatorium.....	3,9 ‰
51	99,9 ‰

A la fin de 1933, c'est-à-dire au bout d'un an :

32 sont totalement récupérés.....	62,7 ‰
par addition de 5 malades récupérables (dont un abandonne ses études) et de 3 sujets demi-actifs.	
32	A reporter..... 62,7 ‰

32	<i>Report</i>	62,7 %
41	malades sont partiellement récupérés.....	21,5 %
	par addition de 2 récupérables et d'un malade non récupérable, lequel, après une récente thoracoplastie, reprend du ministère, malgré interdiction médicale.	
3	sont récupérables.....	3,8 %
1	n'est pas récupérable.....	1,9 %
4	sont décédés, dont un subitement, bien que partiellement récupéré.....	7,8 %
51		99,7 %

Dans le cours de l'année 1934 :

2 décès, dont celui d'un ancien malade totalement récupéré, ayant fait une rechute,

2 sont entièrement actifs,

8 partiellement récupérés fournissent un travail normal.

Parmi ceux-ci l'ancien non-récupérable qui avait subi une thoracoplastie,

1 totalement récupéré fait une rechute, il est récupérable,

1 autre, après amaigrissement, diminue son activité.

Ce qui donne à la fin de cette année 1934, c'est-à-dire au bout de deux ans :

39	totalement récupérés.....	76,4 %
4	partiellement récupérés.....	7,8 %
2	récupérables.....	3,9 %
0	non-récupérable.	
6	décédés.....	11,7 %
51		99,8 %

MALADES SUIVIS DEPUIS 1933

Sur les 52 malades sortis en 1933, on trouve à la fin de l'année :

24 totalement récupérés.....	46,1 %
12 partiellement récupérés.....	23 %
11 récupérables.....	21,1 %
1 non-récupérable.....	1,9 %
4 décédés (dont 2 au sanatorium)...	7,6 %
<u>52</u>	<u>99,7 %</u>

Parmi les malades récupérables, 2 ont fait immédiatement après leur sortie une petite poussée évolutive sans gravité.

En décembre 1934, c'est-à-dire un an après leur sortie :

Sur les 11 récupérables,
1 est totalement récupéré,
4 le sont partiellement.
Sur les 12 partiellement actifs,
1 est en cure,
6 sont très actifs.

On a alors :

31 totalement récupérés.....	59,6 %
9 partiellement récupérés.....	17,3 %
7 récupérables.....	13,4 %
1 non-récupérable.....	1,9 %
4 décédés.....	7,6 %
<u>52</u>	<u>99,8 %</u>

Cette statistique se trouve donc moins bonne que la précédente ; signalons la multiplicité d'incidents d'une gravité relative chez des sujets récupérés :

un malade présente un abcès froid,
deux font une poussée sans gravité,
trois ont une analyse de crachat positive, analyse isolée au milieu de plusieurs autres négatives, sans arrêt d'activité.

MALADES SORTIS EN 1934

A la fin de l'année, on trouve :

23 sujets totalement récupérés.....	39,6 %
13 sujets partiellement récupérés....	22,4 %
dont un abandonne ses études,	
16 récupérables.....	27,5 %
dont 3 abandonnent leurs études,	
4 non-récupérables.....	6,8 %
2 décédés au sanatorium.....	3,4 %
<u>58</u>	<u>99,7 %</u>

Trop brève pour entraîner une conclusion cette statistique annuelle est cependant très conforme aux précédentes. On peut prévoir qu'elle leur sera en tous points semblable, dans les années qui suivront. Le mot « récupérable » n'est pas un trompe-l'œil destiné à masquer toute une catégorie de malades dont l'avenir serait très incertain. Et si nous écrivons : « 16 malades, c'est-à-dire 27 % sont considérés, l'année de leur sortie, comme récupérables », nous savons que cela signifie approximativement :

— qu'en décembre 1935, les totalement récupérés se seront augmentés aux dépens des partiellement récupérés, ceux-ci diminueront au profit des totalement récupérés, mais s'augmenteront de certains malades en cure; ces derniers seront donc moins nombreux.

Note : En effet, nous avons recherché l'état de ces 58 malades au 1^{er} novembre 1935.

On trouve :

29 totalement récupérés.....	50,0 %
19 partiellement récupérés.....	32,7 %
6 en cure,	
4 décédés.	
<u>58</u>	

soit 82,7 % de récupérations, environ un an après la sortie.

MOYENNE DES STATISTIQUES ANNUELLES

Pour obtenir une idée d'ensemble de ce que deviennent nos malades l'année de leur sortie, nous avons extrait des statistiques précédentes tous les résultats donnés à la fin des années de sortie, nous les avons rassemblés et nous avons établi des pourcentages (récupérations, cures, décès) avec les chiffres obtenus. Nous avons fait de même pour avoir une idée d'ensemble des résultats donnés au bout d'un an, au bout de deux ans, etc., de vie post-sanatoriale. Ces pourcentages sont calculés d'après un nombre de plus en plus restreint de malades; il y a donc là une cause d'erreur inévitable qui empêche une interprétation rigoureuse.

Nous constatons que :

1) nos résultats se maintiennent encore au bout de cinq ans, et même ils s'améliorent ;

2) à mesure que le temps passe, les catégories des récupérés partiels et des sujets en cure tendent à disparaître.

MOYENNE DES RÉCUPÉRATIONS :

	Ensemble	Totalement récupérés	Partiellement récupérés
L'année de la sortie	60,0 %	39,0 %	21,0 %
Au bout d'un an	68,7 %	54,8 %	13,9 %
Au bout de deux ans	72,5 %	57,5 %	15,0 %
Au bout de trois ans	68,5 %	55,9 %	12,6 %
Au bout de quatre ans	70,5 %	62,8 %	7,7 %
Au bout de cinq ans	74,1 %	67,7 %	6,4 %

MOYENNE POUR LES SUJETS ENCORE EN CURE :

	Ensemble	Récupérables	Non récupérables
L'année de la sortie	32,1 %	23,7 %	8,4 %
Au bout d'un an	18,5 %	13,0 %	5,5 %
Au bout de deux ans	11,2 %	6,9 %	4,3 %
Au bout de trois ans	11,2 %	6,7 %	4,5 %
Au bout de quatre ans	8,9 %	7,7 %	1,2 %
Au bout de cinq ans	3,2 %	3,2 %	0 %

MOYENNE DES DÉCÈS :

L'année de la sortie. . .	7,7 %	soit une durée de survie de	92,3 %
Au bout d'un an. . . .	12,6 %	—	87,4 %
Au bout de deux ans. .	16,1 %	—	83,9 %
Au bout de trois ans. .	20,1 %	—	79,9 %
Au bout de quatre ans. .	20,5 %	—	79,5 %
Au bout de cinq ans. .	22,5 %	—	77,5 %

Notre statistique donne donc plus de 75 % de durée de survie dans les cinq premières années qui suivent le départ du sanatorium, plus de 70 % de récupérations, dont plus de 66 % de récupérations totales ; *en sorte qu'un malade semble avoir encore, cinq ans après sa sortie du sanatorium :*

3 chances sur 4 de survivre,

2 chances sur 3 de travailler.

STATISTIQUE GLOBALE

Si nous considérons, au 1^{er} janvier 1935, l'état des 295 malades qui ont fait une cure au sanatorium, sans tenir compte du moment plus ou moins récent de leur séjour, nous aurons une statistique globale, ayant un recul de une à six années.

Sur 295 malades (109 prêtres et 186 séminaristes 211 sont aujourd'hui actifs,

dont 172 fournissent un travail normal :

53 prêtres,

68 séminaristes,

44 séminaristes ordonnés après leur départ,

7 abandons d'études,

et dont 39 ont repris une activité partielle,

17 prêtres,

14 séminaristes,

7 séminaristes ordonnés après leur départ,

1 abandon.

45 se soignent encore, dont 34 récupérables,

39 sont décédés.

Au total :

71,8 % de malades plus ou moins actifs,

11,0 % de malades prochainement récupérables.

II. RECHUTES

1) LES INCIDENTS APRÈS CURE

2) LES VRAIES RECHUTES

1) Il ne nous semble pas inutile de signaler, sans d'ailleurs insister, les 13 incidents qui se sont manifestés chez quelques-uns de nos anciens malades plus ou moins longtemps après leur sortie du sanatorium. Nous pouvons montrer ainsi comment nous sont parfaitement connus tous ces incidents éloignés.

Les voici :

I) DES INCIDENTS NON TUBERCULEUX.

— Une évolution de fièvre de Malte sans réveil pulmonaire.

— Deux incidents d'ordre grippal.

II) DES INCIDENTS TUBERCULEUX EXTRA PULMONAIRES.

— Chez 2 sujets dont les lésions pulmonaires étaient stabilisées et l'expectoration nulle, il y a eu persistance de B. K. dans les selles par tuberculose intestinale cliniquement évidente.

— Un abcès froid de la fosse iliaque droite dont l'origine vraisemblablement osseuse n'avait pu être précisée par la radiographie.

— Une adénite cervicale chez un malade dont l'activité ne fut pas interrompue.

III) DES INCIDENTS TUBERCULEUX PULMONAIRES SANS GRAVITÉ.

— Un début de réveil évolutif, immédiatement après l'abandon brutal en dehors du milieu sanatorial, d'un pneumothorax-bilatéral (réveil aussitôt jugulé par la reprise d'un pneumothorax).

— Deux poussées fébriles sans modification de l'état pulmonaire.

— Trois apparitions isolées de crachats sanglants chez des sujets n'ayant pas interrompu leur travail.

2) SEIZE de nos malades ont fait des *rechutes caractérisées*, c'est-à-dire une poussée évolutive fébrile avec réveil pulmonaire, réapparition de bacilles dans l'expectoration survenant chez des sujets considérés comme définitivement stabilisés et ayant repris leur activité; nous essayerons de retrouver les facteurs ayant pu motiver ces rechutes.

En relisant ces seize observations, on constate que neuf malades (plus de 56 %) ont été dépistés tardivement, au moins un an après le début apparent de l'affection. C'est une proportion plus élevée que celle constatée lors de la première année de fonctionnement (53 %) pour l'ensemble des malades, alors qu'aucune prophylaxie n'était encore organisée dans le clergé.

Ce *dépistage tardif* est certainement une des raisons essentielles des rechutes, de même qu'il explique en partie la *gravité de l'atteinte pulmonaire* chez ces malades : au moment de leur entrée au sanatorium, douze d'entre eux (75 %) étaient sérieusement atteints.

De plus, cinq seulement ont pu bénéficier d'un *pneumothorax artificiel*. Chez les onze autres, la création en a été rendue impossible, soit par une symphyse pleurale, soit par l'existence de lésions bilatérales évolutives. Les cinq pneumothorax créés étaient eux-mêmes imparfaits, soit par la présence de lobes adhérents, puisque nous avons dû pratiquer deux phrénicectomies pour les compléter, soit par celle de brides insectionnables; et c'est bien souvent au niveau de l'insertion de ces brides que se produisent les réveils évolutifs quand on abandonne ces pneumothorax.

Nous croyons que ces échecs, ou ces pneumothorax

partiels et incomplets, sont en grande partie dus à leur création tardive, faute d'un dépistage précoce.

Ce sont, en général, des malades dont le séjour au sanatorium a été de **longue durée**, soit à cause d'une amélioration très lente, soit qu'ils aient présenté des poussées successives avant leur départ, dont la rechute que nous étudions n'est en somme qu'un rappel éloigné.

Ceci explique aussi qu'au moment de leur sortie, deux seulement étaient considérés comme guéris alors que neuf, bien que très améliorés, ne pouvaient reprendre qu'un travail partiel et que cinq autres devaient encore prolonger leur cure de six mois au moins.

En fait, l'**activité réelle** au moment de la rechute était totale pour quinze et partielle pour un seul. (Deux d'entre eux avaient enfreint l'interdiction absolue de travailler.)

Enfin, notre statistique confirme que les années critiques pour les convalescents sont les premières qui suivent la sortie :

- 4 ont fait une rechute l'année même de la sortie,
- 5 l'année suivante, pendant la première année d'activité,
- 4 pendant la deuxième année d'activité,
- 2 pendant la troisième,
- 1 seul lors de la quatrième année.

Les rechutes s'observent donc principalement parmi les malades tardivement dépistés, sérieusement atteints, chez lesquels le pneumothorax est impossible ou insuffisant, et pendant les premières années d'une activité dont la précocité ou l'intensité sont en désaccord avec les directives médicales données.

INDEX DES ABRÉVIATIONS.

Séminariste.....	S	Bacilles de Kock...	BK
Prêtre.....	P	Bacillaire (positif)...	+
Début, peu atteint..	DPA	Non bacill. (négatif).	—
Début, sér. atteint..	DSA	Très amélioré.....	TA
Sérieusement atteint.	SA	Séminaire partiel...	SP
Chron., peu atteint.	CPA	Ministère partiel...	MP
Chron., sér. atteint.	CSA	Séminaire normal..	SN
Température.....	T ^o	Ministère total. ...	MT
Expectoration.....	Ē		

Exemple de lecture à l'aide des abréviations :

FA (initiales du nom) S. 21. 14 mois.. + CSA. Tub.
Drte. — Lob. sup^{re} excavée. — Bil. sommet g.

T. A. doit encore se soigner.

Professeur, récup. partiel. Id. Nov., poussée évolutive,
rentrée au sana.

1934 se soigne, récupérable.

Traduire : F. A. séminariste, âgé de 21 ans, resté 14 mois
en cure, alternativement bacillaire et non bacillaire, sérieu-
sement atteint : tuberculose droite. Lobite supérieure exca-
vée. Bilatéralisation du sommet gauche.

Très amélioré, mais doit se soigner encore.

Professeur à la fin de l'année de sortie, il n'est que par-
tiellement récupéré. De même l'année suivante ; mais trop
actif pour son état, il fait une rechute en novembre, deux
ans après sa sortie. Poussée évolutive. Il rentre au sana-
torium.

En 1934, il se soigne, mais reste considéré comme un
malade récupérable.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES DE SUJETS TI

AGE	DURÉE DE SÉJOUR	ÉTAT A L'ENTRÉE ÉTAT A LA SORTIE	ÉTAT EN FIN D'ANNÉE DE SORTIE	1 AN PLUS TARD
V. J. S. 23.	3 mois 9 jours.	CPA. E nulle pachypleurite base droite menace pulmon. Guéri.	Total ¹ récupéré. Sémin. Normal.	1930 idem. Va bien.
D. J. S. 24.	8 mois.	CSA lobite sup ^{re} droite bilat. diffuse g. 57 kg. 300. Stationnaire. Pnothorax envisagé.	Partiel ¹ récup. Études libres.	E nulle 70 kg. Ordonné. Total ¹ récupéré Très actif.
Q. H. P. 43.	10 mois 12 j.	CSA lobite sup ^{re} droite excavée. TA récupérable.	1931 MP	76 kg. État gén ^{al} médiocre MT.
C. P. S. 21.	1 an 5 mois.	CSA 1/2 sup ^{re} gauche : condensation avec nids d'abeilles 60 kg. TA récupérable.	Total ¹ récup.	E nulle. T° normale grippe 63 kg. 800. Total ¹ récup SN. vacance à Thorenc.
W. H. S. 26.	13 mois.	CSA pno créé av ¹ entrée TA	Ordonné. Totalemt récupéré MT.	56 kg. Pno entreten Va bien. MT Très actif.
M. C. S. 22.	4 mois.	CPA infiltration bilatérale à prédominance droite. Non excavée. TA doit se soigner encore.	Cure puis SP.	Ordonné MT.
L. L. S. 30.	2 ans.	CPA Très amélioré.	Actif : SN ordonné 2 hémos.	En cure. 56 kg. BK : T° normale cal.
B. M. S. 33.	10 mois.	CPA masse péri bilaire. TA 72 kg. 5 — 80 kg.	85 kg. 5 SN.	Hémo foudroyante en 1933.
R. J. S. 21.	4 mois.	DPA Guéri.	Cure puis SN puis BK + Rechute en novembre. Pno créé.	En cure. na. E nulle. 70 kg. 700.

ACTIFS AYANT FAIT UNE RECHUTE

	2 ANS PLUS TARD	3 ANS PLUS TARD	4 ANS PLUS TARD	5 ANS PLUS TARD
	Novembre bronchite fébrile. Ordonné M T.	Tjrs fébrile rechute BK + (signature) M P. Cure, retour au sanat ^m .	Quitte le sanat ^m 1/4 sup ^r droit excavé. Bilat. gauche. Stationnaire.	M T.
..... ré.	E nulle. T ^o normale 68 kg. Total ^t récupéré. Très actif.	Hémo. petite évolution. Cure puis M P. Aumônier d'un sana.	62 kg. Pno créé. Chronique. M P.	63 kg. Va bien. Pno entretenu plus actif, mais M P.
	73 kg. Trop actif malgré limitation médicale M T.	Septembre à décembre hémoptysies. Petite évolution. M P, puis cure.	1934 Tjrs évol ^{if} BK +. En cure.	
..... s	E nulle qqs incidents fébriles, mais digestifs S N.	Qqs crachats sanglants 2 ptes pousées fébriles. Profession de capucin. Total ^t récupéré.	1934 rechute. Mars BK + T ^o 60 kg. Rechute gauche, réveil droit. Cure.	
..... u.	Rechute grave. Cure.	IV. 1933 Décès.		
	Juin : hémo. Novembre : pleurésie droite. M P Cure.	En 1934 cure M P.		
.....).	Crachats hémoptoïques. Cure.	Cure 1934.		
	En 1934 T A S P.			

OBSERVATIONS RÉSUMÉES DE SUJETS ACTIFS

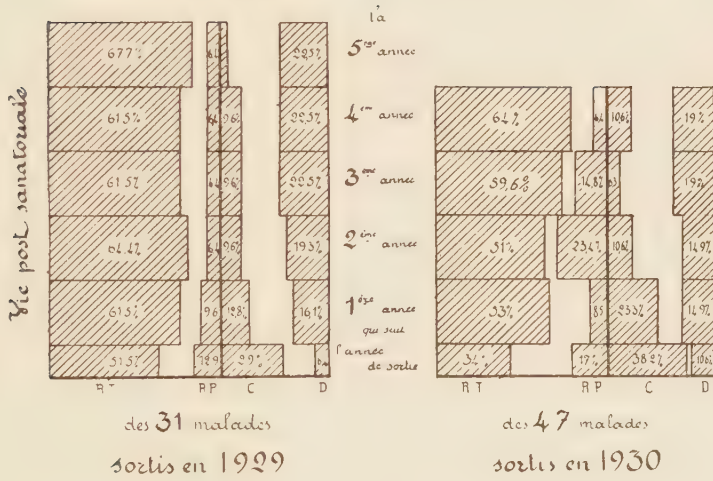
AGE	DURÉE DE SÉJOUR	ÉTAT A L'ENTRÉE ÉTAT A LA SORTIE	ÉTAT EN FIN D'ANNÉE DE SORTIE	1 AN PLUS TARD
F. A. S. 21.	14 mois.	+ — CSA tub. droite lobite sup ^{re} excavée bilatér. sommet g. — T. A. doit encore se soigner.	Professeur Récup. partiel.	Id.
M. G. S. 18.	2 ans.	CSA bil. préd. gauche. — T. A. part pour continuer cure.	1931 Rechute + p. ce que trop actif.	Rentre au sanatorium.
C. E. S. 18.	11 mois.	CSA atteinte totale gauche mie de pain. — Stabilisé.	64 kg. T° normale E nulle. S N.	65 kg. BK + en fév. repos 7 mois. Revenu — en décembre.
S. J. S. 25.	23 mois.	CSA fibreux bilat. prédominance droite. Excavé. — T. A. ordonné M. T.	Va très bien. — Actif.	Rechute BK + Décès 17-XII-34.
C. P. P. 26.	1 an.	DSA pno gr ^d partiel semblant devoir être efficace. — T. A.	MT.	va bien idem.
J. A. S. 26.	14 mois.	DSA fibro-caséux 3/4 sup ^{re} gauche cavité sommet cure insuffisante. — Amélioré. Bon pronostic.	MP. Aumônier.	février évolution Pleurésie purul. Fébrile Cure.
B. A. S. 24.	13 mois.	C P A lésions fibreuses diffuses gauches S ⁱ excavé BK + — — T. A.	Travail partiel. Rechute. Hémo. BK + Rentrée au sana.	En cure au sana. 1931.

FS AYANT FAIT UNE RECHUTE (suite)

2 ANS PLUS TARD	3 ANS PLUS TARD	4 ANS PLUS TARD	5 ANS PLUS TARD
nov. poussée évol. + reentrée au sana.	1934 se soigne. Récupérable.		
non récupérable.	Aggravation progressive. — Rentre chez lui.		
Rechute BK + cavité ss. clavicl ^{re} Alcoolisat. phrén. gauche BK +	1934 évolutif 66 kg. proposé pour thoraco.		
1934 Rechute Voiron I IV 2 ^e réveil VI pno abandonné rentre à Thorenc.			
Stabilisé M P. Aumônier.	M P. mais de nouveau évolutif bacillaire +-+	Hémo Bacillifère en juin 1934, mais M P.	

Statistiques An

Etat à la fin de

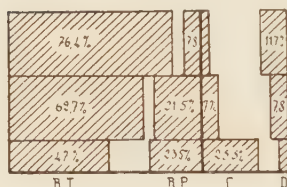


uelles de Récupération

Légende { RT = Récupération totale
 RF = - partielle
 C = Curo
 D = Décor



des 56 malades
 sortis en 1931

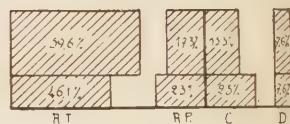


des 51 malades
 sortis en 1932

Etat à la fin de l'année

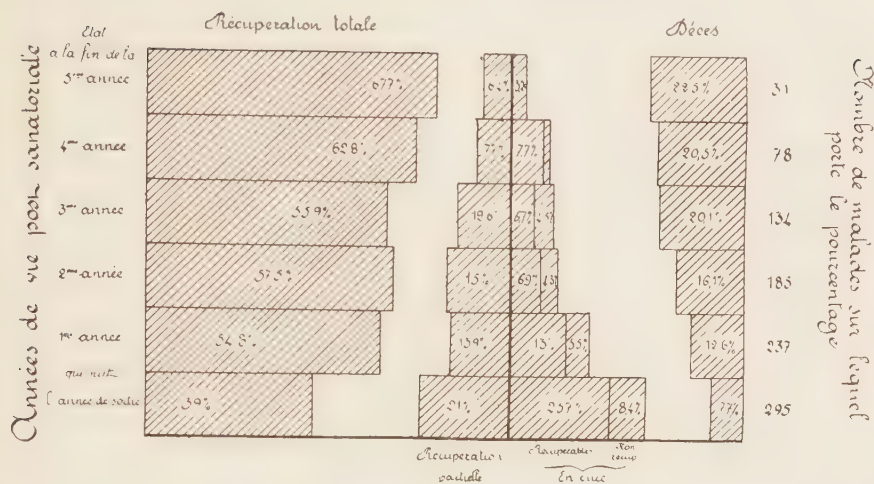


des 58 malades
 sortis en 1934



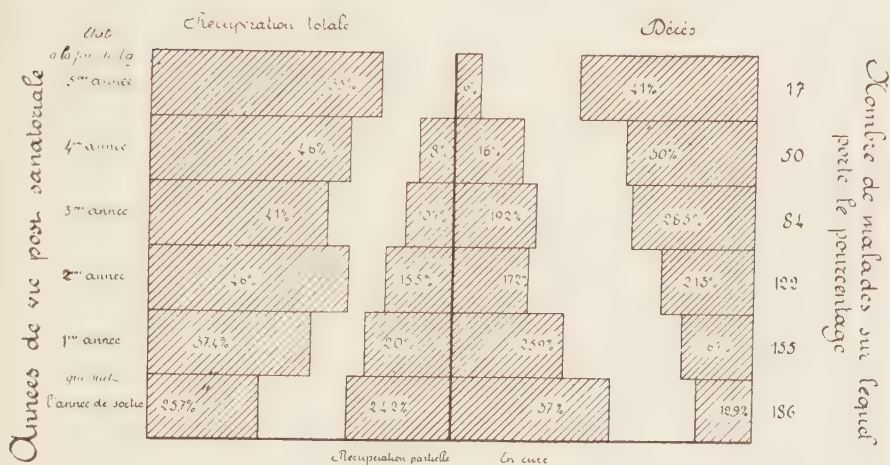
des 52 malades
 sortis en 1935

Statistique Globale de Récupération



GRAPHIQUE N° 3.

Statistique de Récupération des Bacillaires



GRAPHIQUE N° 4.

II. INFLUENCE DES FACTEURS BACILLOSCOPIQUE ET THÉRAPEUTIQUE SUR LA RÉCUPÉRATION

1) FACTEUR BACILLOSCOPIQUE

Nous avons déjà dit pourquoi nos statistiques portent sur l'ensemble des malades. Mais pour être complet et pour que nos chiffres puissent être comparés à ceux donnés par la majorité des auteurs, nous résumons ici, dans un tableau dont on peut facilement tirer des conclusions, la récupération calculée **pour les bacillaires**.

MOYENNE DES RÉCUPÉRATIONS DES BACILLAIRES :

	R. T.	R. P.	CURE	DÉCÈS
L'année de sortie.....	25,7 %	24,2 %	37 %	12,9 %
Au bout d'un an.....	37,4 %	20 %	25,9 %	16,7 %
Au bout de deux ans....	46 %	15,5 %	17,2 %	21,3 %
Au bout de trois ans....	44 %	10,7 %	19,2 %	28,5 %
Au bout de quatre ans..	46 %	8 %	16 %	30 %
Au bout de cinq ans....	53 %		6 %	41 %

(Voir graphique n° 4, page 77.)

Comme on le voit d'après ce graphique, chez les bacillaires, la démarcation entre malades récupérés (totalement et partiellement) et non récupérés se trouve évidemment déportée vers la gauche, ce qui signifie que la proportion des

sujets actifs parmi les bacillaires est moins forte que la proportion des sujets actifs calculée sur l'ensemble des malades.

En établissant des graphiques analogues sur les non-bacillaires, les bacillaires de signature, les négativés au sanatorium, les intermittents, les constants, nous avons vu, ce qui était à prévoir, cette ligne de démarcation dévier de plus en plus vers la gauche à mesure que l'on passe de la catégorie des non-bacillaires à celle des bacillaires constants. C'est le graphique des bacillaires de signature qui se rapproche le plus du graphique global.

2) FACTEUR THÉRAPEUTIQUE

A) COLLAPSOTHÉRAPIE

La collapsothérapie, le pneumothorax en particulier, a pris une grande extension au cours de ces six années ; nous constatons en effet :

1) Un accroissement régulier des pneumothorax créés avant l'entrée, parce que la tendance interventionniste se généralise, mais aussi parce que les délais plus longs d'attente ne permettent pas aux médecins d'en différer la création.

2) Un accroissement régulier du nombre des pneumothorax créés au sanatorium et, d'une façon plus générale, un pourcentage de plus en plus élevé de malades bénéficiant de la collapsothérapie.

La nécessité de faire bénéficier le plus grand nombre d'une collapsothérapie, le Dr THIBAUT l'avait reconnue depuis longtemps puisque déjà dans sa thèse (1927) il écrivait : « Faisons des pneumothorax systématiquement quand ils sont possibles. La marge d'erreur en trop est peu en proportion du bénéfice que l'ensemble des malades en aura retiré. Un cinquième au moins de ceux-ci seraient morts, si on ne leur avait pas fait de pneumothorax, et ceci sans que souvent leurs lésions peu étendues débutantes aient pu le faire prévoir.

« En ne créant pas un pneumothorax lorsqu'il est indiqué et possible, *on engage une plus grande responsabilité* qu'en décidant cette création.

« On se repent rarement d'avoir créé un pneumothorax, on déplore souvent de n'avoir pu intervenir avec succès. »

Cet accroissement n'est pas sans influencer les résultats

obtenus. Qu'on en juge par ceux de l'année 1932. Il reste donc vrai, comme NAVEAU l'avait déjà montré dans sa thèse, qu' « un tuberculeux justiciable du pneumothorax a peut-être, en sanatorium, deux chances sur cinq de guérir ; avec un pneumothorax il en a *trois sur quatre* » (THIBAUT).

*
* *

Chez un certain nombre, la collapsothérapie gazeuse a été associée à l'aurothérapie ; pratiquée chez 2 de nos malades de 1929, cette association est devenue dans la suite plus fréquente : c'est ainsi que 20 de nos malades de 1934 en ont bénéficié, ce qui porte le total à 53. On ne saurait dire que les résultats en aient été sensiblement modifiés. Cette tendance s'est d'ailleurs atténuée depuis, car réellement *un pneumothorax donnant un bon collapsus se passe aisément de tels adjuvants.*

*
* *

On verra aussi comment les différents modes de collapsothérapie ont pu se compléter les uns les autres chez certains malades.

PNEUMOTHORAX.

Sur nos 295 malades, nous relevons 84 porteurs de pneumothorax, dont 5 de pneumothorax bilatéral (47 institués au sanatorium, 34 avant l'entrée). Rapprochons-en 23 sujets chez lesquels des essais de pneumothorax ont été infructueux par symphyse.

De plus, 10 pneumothorax insuffisants ont dû être complétés, 7 fois par phrénicectomie et thoracoplastie, 3 fois par thoracoplastie d'emblée.

Voici :

1) L'état, au 1^{er} janvier 1935, de ces 81 pneumothorax sans préjuger de leur date de sortie :

Totalement récupérés.....	35	43,2 %	} sur lesquels 5 = 8 % seuls restent bacil.
Partiellement récupérés....	19	23,4 %	
En cure.....	10	12,4 %	
Décédés.....	17	20 %	

2) L'état, un an après l'année de sortie, calculé sur 54 sujets :

Totalement récupérés.....	16	29,6 %	} sur lesquels 8 = 25,5 % restent bacil.
Partiellement récupérés....	12	22,2 %	
En cure.....	15	27,7 %	
Décédés.....	11	20,3 %	

3) La récupération en fonction de l'ancienneté des pneumothorax : on en trouve 54 dont la création remonte à plus de trois ans, et sur ce nombre 29 ont au moins cinq ans d'ancienneté.

Résultats éloignés de 3 ans : 54				Résultats éloignés de 5 ans : 29			
Réc. tot	19	35,1 %		R. T.....	12	41,3 %	
Réc. part....	7	12,7 %		R. P.....	5	17,2 %	
Cure	18	33,3 %		Cure	1	3,4 %	
Décédés.....	10	18,5 %		Décédés	11	37,3 %	
	<u>54</u>				<u>29</u>		
44 survivants, 81,4 % dont				18 survivants, 62 % dont			
6 bacillaires : 13,6 %				1 bacillaire : 3 %			

PHRÉNICECTOMIES.

La statistique détaillée en a été faite récemment par M. THIBAUT. Nous emprunterons quelques lignes à sa communication de juin 1934 à la Société d'Études Scientifiques. Ce travail porte sur 45 phrénicectomies, chiffre plus élevé que le

nôtre puisqu'il intéresse des malades actuellement au sanatorium et des interventions pratiquées après cure sanatoriale.

« De ces 43 interventions, les deux tiers ont un recul de plus de deux ans; ce sont celles-là surtout qui nous intéressent, car nous ne voulons pas nous hypnotiser sur les cas connus de tous, foudroyants par leur rapidité. Ce qui importe, ce sont les résultats qui se maintiennent acquis...

« Non seulement la plus grande partie de nos résultats favorables ont été obtenus très rapidement et au bout d'une année étaient acquis ou assurés, mais surtout, ils se sont maintenus tels, et il n'y a pas eu de véritables rechutes. Celles sur lesquelles on pourrait tabler sont en réalité des échecs de la première heure. Et c'est ce dernier point qui nous semble le plus important de nos statistiques : il s'oppose aux nombreuses rechutes signalées par MAURER et rencontrées trop souvent.

« Résultats d'ensemble :

Très favorables (disparition presque immédiate des bacilles, disparition progressive de la lésion).	31,1 %
Favorables effets incomplets, mais réels ou tardifs	13,3 %
Peu favorables	13,3 %
Échecs (dont 5 décès)	42 %

« Soit 44,4 % de guérisons ou fortes améliorations,
55,3 % de résultats insuffisants ou nuls.

« Comme tous, nous avons essayé, dans des indications plus ou moins types, des phrénicectomies d'emblée : nous en relevons 8.

« Mais nous renonçons de plus en plus, sauf indications très spéciales, aux phrénicectomies d'emblée, car tout de même, après phrénicectomie, nos nettoyages radiologiques ne sont pas si beaux, nos stérilisations bactériologiques aussi nombreuses (40 % contre 62 %,) qu'après nos pneumothorax.

« Nos 37 autres phrénicectomies sont donc toutes consé-

cutives à des impossibilités par symphyse ou à des échecs de pneumothorax. »

Tenant à une statistique rigoureuse, nous avons compté comme étant en cure trois sujets dont les phrénicectomies n'ont pas donné de résultats satisfaisants et qui n'ont repris leur activité qu'après une thoracoplastie complémentaire.

a) Voici l'état actuel des 33 malades ayant subi une phrénicectomie, sortis au 1^{er} janvier 1933 :

Récupération totale.....	11	33,3 %	} 54,5 %
Récupération partielle....	7	21,2 %	
Encore en cure.....	9	27,2 %	} 45,3 %
Décès.....	6	18,1 %	

b) Parmi ces malades nous en comptons 28 dont la phrénicectomie remonte à plus de trois ans. Une seule rechute est à enregistrer.

Récupération totale.....	11	39,2 %	} 53,4 %
Récupération partielle....	4	14,2 %	
Encore en cure.....	8	28,5 %	} 46,3 %
Décès.....	5	17,8 %	

Ces résultats sont intéressants, d'autant plus qu'il s'agissait de sujets chez lesquels une impossibilité ou un échec de pneumothorax assombrissait le pronostic.

THORACOPLASTIES.

Elles sont trop peu nombreuses pour que nous puissions apprécier, sans risque d'erreur, leurs résultats, du point de vue de la récupération.

Dix interventions ont été pratiquées :

- 6 sur des malades sortis du sanatorium,
 - 4 sur des malades actuellement présents.
- Nous enregistrons deux décès.

Sur les huit autres :

5 sont encore en cure, dont :

- deux résultats récents (expectorations stérilisées),
- un sujet ayant eu une pleurotomie pour suppuration persistante, malgré l'absence d'expectoration,
- un prochainement récupérable pour une demi-activité. Bacillaire par intermittence,
- un prochainement récupérable, pour une activité totale. Expectoration nulle.

3 sujets sont complètement actifs :

- deux avec expectoration nulle,
- un bacillaire par intermittence.

Or, pour ces dix malades nous avons porté un pronostic nettement défavorable.

La thoracoplastie nous semble donc être appelée à modifier le pronostic de certains malades, pour lesquels, il y a quelques années encore, aucune intervention ne pouvait être envisagée. Les indications en sont de mieux en mieux précisées ici et l'on n'hésite plus à la proposer précocement aux malades chez lesquels elle se justifie. C'est ainsi que, depuis le 1^{er} janvier 1935, ont été posées six indications de thoracoplasties totales ou le plus souvent partielles, sur 65 malades présents au sanatorium.

Nous devons à la remarquable « Équipe Médico-Chirurgicale » de MM. BERNOU et FRUCHAUD ces très beaux résultats dont nous leur sommes reconnaissants ¹.

1. Quelques-unes de nos observations sont d'ailleurs consignées dans leur récent traité.

B) CHIMIOTHÉRAPIE

50 % des malades ont été soumis à l'aurothérapie, c'est dire que la chimiothérapie est appliquée sur de larges bases au sanatorium. On l'a associée dans 86 cas à la col-lapsothérapie et dans 65 avec la cure de repos simple.

Nous avons multiplié les injections de sels d'or dans le but d'en préciser les indications. Mais l'effort fourni dans ce sens n'a pas été couronné de succès. Comme tous, nous avons été heureusement surpris par des résultats favorables, parfois éblouissants ; mais à côté de ceux-ci que d'échecs à leur opposer !

Il s'est trouvé que jusqu'en 1931 les résultats d'ensemble furent réellement heureux ; ils ont fait espérer et estimer que l'influence favorable des sels d'or pouvait éviter bien des pneumothorax, mais ce ne fut qu'une espérance passagère et nous avons constaté que, depuis 1932, la « courbe des pneumothorax » était nettement remontée au sanatorium.

Nous pensons, nous aussi, que la chrysothérapie ne doit jamais retarder l'institution d'un pneumothorax lorsque sa création est nettement indiquée.

Associée ou substituée à l'aurothérapie, la calcithérapie intra-veineuse nous a certes paru un adjuvant, mais celui-ci est loin d'être spécifique.

3) CONCLUSION : DE LA RÉCUPÉRATION EN FONCTION DE LA BACILLOSCOPIE ET DES MOYENS THÉRAPEUTIQUES

ÉTUDE DES SUJETS COMPLÈTEMENT RÉCUPÉRÉS :

Ils sont au nombre de 172 sur un total de 295 malades sortis. Parmi eux, nous relevons 86 anciens malades bacillaires, soit 50 % de sujets sérieusement atteints.

La thérapeutique instituée a été :

- pour 90, la cure de repos simple ;
- pour 43, la cure de repos associée à l'aurothérapie ;
- et pour 39, la collapsothérapie qui se répartit en :
 - 30 pneumothorax (dont 2 complétés par une phrénicectomie et 2 autres par une thoracoplastie).
 - 13 phrénicectomies dont 11 ont été efficaces ;
 - les 2 thoracoplasties.

Notons en passant que pour la récupération, le facteur « âge » n'intervient pas et que la proportion de malades récupérés est la même au-dessus de 20 ans qu'entre 30 et 40 ans.

ÉTUDE DES SUJETS PARTIELLEMENT RÉCUPÉRÉS :

Ils sont au nombre de 39 sur un total de 295 malades sortis. Parmi eux nous relevons 32 anciens bacillaires sérieusement atteints, donc presque la totalité.

La thérapeutique instituée a été :

- pour 13 le pneumothorax ;
- pour 7 la phrénicectomie ;
- pour 1 la thoracoplastie.

Ce qui nous donne 21 interventions pour ces 32 bacillaires, proportion très considérable.

III. DONNÉES CLINIQUES

Nous nous sommes attaché ici à donner une classification simple, clinique. Celle que nous adoptons à Thorenc nous a été conseillée par M. COURCOUX :

Malades peu atteints :

- à expectoration non bacillifère,
- ou à expectoration bacillifère, mais avec lésions peu marquées : petites cavernes, infiltrations précoces ; essentiellement unilatéraux, avec bon état général.

Malades sérieusement atteints :

- état général touché, fièvre, amaigrissement, complications hépato-digestives,
- état local assez grave ; lésion d'un lobe, cavernes volumineuses, lésions bilatérales.

Malades très gravement atteints :

- lésions très étendues,
- troubles d'intoxication importants.

Pour chaque groupe nous notons :

l'ancienneté du début,	les résultats obtenus,
la précocité du dépistage,	l'activité actuelle,
la durée de séjour,	la bacilloscopie,
le traitement mis en œuvre,	les sujets bacillaires en 1934.

Nous avons réuni ces précisions en des tableaux dont la simplicité nous évitera tout commentaires.

Sur les 295 malades, nous avons éliminé :

— 4 faux tuberculeux et une ostéo-arthrite astragalo-scapuloïdienne.

*
* *

Il nous a été impossible de classer en des tableaux spéciaux les malades très gravement atteints traités au sanatorium pendant les six premières années de fonctionnement. Leur nombre étant relativement restreint, nous avons préféré les réunir tous en un tableau dans lequel nous avons précisé leur durée de survie. Pour remédier aux difficultés de contrôle qui résultent de cette méthode, nous avons fait suivre ces tableaux d'un résumé dans lequel on trouvera réunies les trois grandes catégories de malades (très gravement, sérieusement, et peu atteints) pour chaque année.

Ces malades gravement atteints sont au nombre de quatorze. Pour douze d'entre eux, le début de l'affection était très ancien et aucun n'avait encore fait de séjour en sanatorium. Tous étaient des « bacillaires constants ». Pendant leur séjour, leurs lésions se sont aggravées ; après une phase d'amélioration plus ou moins brève, ces malades ont présenté des bilatéralisations souvent très étendues.

Treize ont eu une durée de survie inférieure à deux ans. Le seul vivant se soigne encore ; sous l'effet d'un climat sédatif, de la cure déclive et peut-être de l'aurothérapie, il a bénéficié d'une amélioration inespérée ; trois grosses spélonques occupant le poumon droit se sont progressivement effacées ; la bilatéralisation croisée que présentait ce malade a elle-même régressé, d'où modification du pronostic. Bien que ce sujet soit encore en cure, il n'est plus bacillaire depuis un an et on peut, à l'heure actuelle, le considérer comme partiellement récupérable.

On a pratiqué la collapsothérapie chez huit de ces grands

malades, sans succès, hélas ! sauf pour un : il s'agissait d'une **phrénicectomie**.

De tels échecs donnent à réfléchir : aux inconvénients habituels de l'altitude qui accentue la dyspnée et le surmenage cardiaque, s'ajoute le risque des réactions d'arrivée qui, chez les tuberculeux graves, déclanchent des flambées évolutives fatales. En un mot, ces malades bénéficient exceptionnellement de l'altitude et sont de ceux qu'il faut à tout prix aiguiller sur l'hôpital-sanatorium.

*
* *

Qu'on ne s'étonne pas si dans tel ou tel de ces tableaux le total des chiffres donnés au sujet des moyens thérapeutiques mis en œuvre ne correspond pas au nombre de malades classés. Ces écarts viennent de ce que les différents modes de collapsothérapie se sont complétés les uns les autres chez certains malades.

GRANDS MALADES

14

A début ancien — A début récent

12

2

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
6	3	5

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	De 6 mois à 1 an	De plus d'un an
9	1	4

Moyens thérapeutiques.

Collapsothérapie chez 8 malades

Pneumothorax	Phrénicectomies	Thoracoplasties	Cure simple
9 (dont 2 bilatéraux)	2 (dont 1 après pno)	1 (après pno)	6

Résultats cliniques.

Aggravation et décès au sana	Aggravation et départ	Stationnaires	Stabilisés	Améliorés
5	4	3	1	1

Bacilloscopie.

Bacillaires constants : 14

Délais de survie.

Décès dans l'année qui suit la sortie	Décès dans la 2 ^e année qui suit la sortie	Décès dans la 3 ^e année qui suit la sortie
5	3	0

Une seule survie après *quatre ans* de vie post-sanato-
riale, malade guéri et prochainement récupérable.

1929

MALADES PEU ATTEINTS

A début ancien ¹⁶ **A début récent**

13

3

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
3	5	8

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	De 6 mois à 1 an	De plus d'un an
14	2	

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax avant	au sana	Phrénicectomies avant	au sana	Thoracoplasties	Cure et aurothérapie	Cure
					1	15

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
6	6	3	1		

Bacilloscopie.

Sujets ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
3	8	4		1	

Etat en décembre 1934.

Total ¹ récupérés	Partiel ¹ récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
14	1	1		

Malades bacillaires en décembre 1934 : 0.

1929

MALADES SÉRIEUSEMENT ATTEINTS

11
A début ancien — A début récent

10

1

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
4		7

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	De 6 mois à 1 an	Plus d'un an
3	8	

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax		Phrénicectomies		Thoracoplasties	Cure et aurothérapie	Cure
avant	au sana	avant	au sana			
1	2		1		2	5

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
	3		2	4	2

Bacilloscopie.

Sujet ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
	1	2		2	6

État en décembre 1934.

Total ¹ récupérés	Partiel ¹ récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
5	1			5

Malades bacillaires en décembre 1934 : 3.

1930

MALADES PEU ATTEINTS

20

A début ancien — A début récent

18

2

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
6	6	8

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	De 6 mois à 1 an	De 1 an à 2 ans
12	7	1

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax		Phrénicectomies		Thoracoplasties	Cure et aurothérapie	
avant	au sana	avant	au sana			Cure
1	1		1		1	16

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
2	12	4		1	1

Bacilloscopie.

Sujets ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
2	7	6	1	4	

État en décembre 1934.

Total ^t récupérés	Partiel ^t récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
18	1			1

Malades bacillaires en décembre 1934 : 1.

1930

MALADES SÉRIEUSEMENT ATTEINTS

24
A début ancien — A début récent

21

3

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
9	4	11

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	De 6 mois à 1 an	De 1 an à 2 ans
4	6	14

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax		Phrénicectomies		Thoracoplasties	Cure et aurothérapie	Cure
avant	au sana	avant	au sana			
3	3		2	1	7	8

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
	8	1	5	7	3

Bacilloscopie.

Sujets ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
3	1	5	9		6

État en décembre 1934.

Total récupérés	Partiel récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
11	2	4	1	6

Malades bacillaires en décembre 1934 : 5.

1931

MALADES PEU ATTEINTS

24

A début ancien — A début récent

20

4

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
7	7	10

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	De 6 mois à 1 an	De 1 an à 2 ans	De 2 ans à 3 ans
16	2	5	1

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax		Phrénicectomies		Thoracoplasties	Cure et aurothérapie	Cure
avant	au sana	avant	au sana			
	1				6	17

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
6	11	2	2	2	1

Bacilloscopie.

Sujets ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
	20	3	0		1

État en décembre 1934.

Total récupérés	Partiel récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
18	2	2		2

Malades bacillaires en décembre 1934 : 0.

1931

MALADES SÉRIEUSEMENT ATTEINTS

28
A début ancien — A début récent
22 6

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
10	8	10

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	De 6 mois à 1 an	De 1 an à 2 ans	De 2 ans à 3 ans	4 ans
5	8	8	5	2

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax		Phrénicectomies		Thoracoplasties	Cure et aurothérapie	Cure
avant	au sana	avant	au sana			
3	7		6	2	9	6

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
1	13		5	1	8

Bacilloscopie.

Sujets ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
	1	8	8	3	8

État en décembre 1934.

Total ¹ récupérés	Partiel ¹ récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
9	6	2	4	7

Malades bacillaires en décembre 1934 : 5.

1932

MALADES PEU ATTEINTS

18
A début ancien — A début récent

9

9

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
8	4	6

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	De 6 mois à 1 an	De 1 an à 2 ans	De 2 ans à 3 ans
9	6	3	

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax avant	Pneumothorax au sona	Phrénicectomies avant	Phrénicectomies au sona	Thoracoplasties	Cure et autothérapie	Cure
1					5	13

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
8	9	1			

Bacilloscopie.

Sujets ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
2	11	5			

Etat en décembre 1934.

Total ^t récupérés	Partiel ^t récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
16	1			1

Malades bacillaires en décembre 1934 : 0.

1932

MALADES SÉRIEUSEMENT ATTEINTS

A début ancien ³² — A début récent

14

18

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
13	9	10

Durée du séjour.

Moins de 6 mois	De 6 mois à 1 an	De 1 an à 2 ans	De 2 ans à 3 ans
	5	16	11

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax		Phréniceclomies		Thoracoplasties	Cure et aurothérapie	Cure
avant	au sana	avant	au sana			
6	10		11	1	6	2

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
1	22	4	3		2

Bacilloscopie.

Sujets ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
	1	7	21		3

État en décembre 1934.

Total ^t récupérés	Partiel ^t récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
23	3	2		4

Malades bacillaires en décembre 1934 : 3.

1933

MALADES PEU ATTEINTS

A début ancien ¹⁵ **A début récent**

13

2

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
7	4	4

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	2 ans à 3 ans	3 ans à 4 ans	4 ans à 5 ans
6	7	2			

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax		Phrénicectomies		Thoracoplasties	Cure et aurothérapie	Cure
avant	au sana	avant	au sana			
	1				2	12

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
6	5	2		2	

Bacilloscopie.

Sujets ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
6	4	5			

État en décembre 1934.

Total ^t récupérés	Partiel ^t récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
12	1	2		

Malades bacillaires en décembre 1934 : 1.

1933

MALADES SÉRIEUSEMENT ATTEINTS

35
 A début ancien — A début récent
 24 11

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
10	12	13

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	2 ans à 3 ans	3 ans à 4 ans	4 ans à 5 ans
5	10	12	6	2	

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax		Phrénicectomies		Thoracoplasties	Cure et aurothérapie	Cure
avant	au sana	avant	au sana			
1	8		8	1	15	6

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
	16	9	7	2	1

Bacilloscopie.

Sujets ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
2	6	4	16	3	4

État en décembre 1934.

Total ¹ récupérés	Partiel ¹ récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
9	8	5	1	2

Malades bacillaires en décembre 1934 : 4.

1934

MALADES PEU ATTEINTS

23

A début ancien — A début récent

13

10

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
8	11	4

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	2 ans à 3 ans	3 ans à 4 ans	4 ans à 5 ans
10	10	3			

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax		Phrénicectomies		Thoracoplasties	Cure et aurothérapie	Cure
avant	au sana	avant	au sana			
3	1				7	12

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
1	15	6	1		

Bacilloscopie.

Sujets ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
7	10	3	3		

État en décembre 1934.

Total ^t récupérés	Partiel ^t récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
16	1	6		

Malades bacillaires en décembre 1934 : 0.

1934

MALADES SÉRIEUSEMENT ATTEINTS

30
A début ancien — A début récent
17 13

Dépistage.

Moins de 6 mois après début apparent	De 6 mois à 1 an après début apparent	Plus d'un an après début apparent
15	10	5

Durée de séjour.

Moins de 6 mois	6 mois à 1 an	1 an à 2 ans	2 ans à 3 ans	3 ans à 4 ans	4 ans à 5 ans
3	11	12	1	2	1

Moyens thérapeutiques.

Pneumothorax avant	au sana	Phrénicectomies avant	au sana	Thoracoplasties	Cure et aurothérapie	Cure
9	12	1	2		4	2

Résultats cliniques.

Guéris	Très améliorés	Améliorés	Stabilisés	Stationnaires	Aggravés
	20	3	3	3	1

Bacilloscopie.

Sujets ne crachant pas	Non bacillaires	Bacillaires de signature	Bacillaires devenus négatifs	Bacillaires par intermittence	Toujours bacillaires
2	7	1	15	4	1

État en décembre 1934.

Total ^t récupérés	Partiel ^t récupérés	Récupérables	Non récupérables	Décédés
7	11	11	1	

Malades bacillaires en décembre 1934 : 5.

RÉSUMÉ

Année 1929.

Un total de 31 malades, 17 dépistages tardifs.

Leur état.....	{	2 grands malades. 11 sérieusement atteints. 16 peu atteints. 2 faux tuberculeux.
Bacilloscopie.....	{	17 bacillaires avant ou pendant leur séjour <i>aucun en 1934.</i>
Thérapeutique.....	{	3 pneumothorax. 1 phrénicectomie. 19 séjours de moins de 6 mois.

Année 1930.

Un total de 47 malades, 19 dépistages tardifs.

Leur état.....	{	2 grands malades. 24 sérieusement atteints. 20 peu atteints. 1 tuberculeux non-pulmonaire.
Bacilloscopie.....	{	33 bacillaires avant ou pendant leur séjour. <i>6 bacillaires en 1934.</i>
Thérapeutique.....	{	9 pneumothorax. 3 phrénicectomies. 1 thoracoplastie. 16 séjours de moins de 6 mois.

Année 1931.

Un total de 56 malades, 20 dépistages tardifs.

Leur état.....	{	3 grands malades. 28 sérieusement atteints. 24 peu atteints. 1 faux tuberculeux.
Bacilloscopie.....	{	34 bacillaires avant ou pendant leur séjour. <i>5 bacillaires en 1934.</i>
Thérapeutique.....	{	13 pneumothorax. 6 phrénicectomies. 3 thoracoplasties. 21 séjours de moins de 6 mois.

Année 1932.

Un total de **51** malades, 26 dépistages tardifs.

Leur état	{	1 grand malade.
	{	32 sérieusement atteints.
	{	18 peu atteints.
Bacilloscopie	{	37 bacillaires avant ou pendant leur séjour.
	{	3 <i>bacillaires en 1934.</i>
	{	19 pneumothorax.
Thérapeutique	{	11 phrénicectomies.
	{	1 thoracoplastie.
	{	10 séjours de moins de 6 mois.

Année 1933.

Un total de **52** malades, 17 dépistages tardifs.

Leur état	{	2 grands malades.
	{	35 sérieusement atteints.
	{	15 peu atteints.
Bacilloscopie	{	34 bacillaires avant ou pendant leur séjour.
	{	5 <i>bacillaires en 1934.</i>
	{	10 pneumothorax.
Thérapeutique	{	8 phrénicectomies.
	{	1 thoracoplastie.
	{	11 séjours de moins de 6 mois.

Année 1934.

Un total de **58** malades, 9 dépistages tardifs.

Leur état	{	4 grands malades.
	{	30 sérieusement atteints.
	{	23 peu atteints.
	{	1 faux tuberculeux.
Bacilloscopie	{	31 bacillaires avant ou pendant leur séjour.
	{	3 <i>bacillaires en janvier 1935.</i>
	{	27 pneumothorax.
Thérapeutique	{	4 phrénicectomies.
	{	15 séjours de moins de 6 mois.

CONCLUSIONS

1° Le clergé de France n'est pas épargné par la tuberculose et il paie chaque année une lourde contribution à cette maladie.

2° Comme chaque catégorie sociale un peu particulière, au même titre que les instituteurs, les postiers, les étudiants, les membres du clergé avaient évidemment besoin d'une organisation spéciale.

3° Les moyens d'action d'une prophylaxie se mesurent aux possibilités de placement des malades ; aussi la création du sanatorium du clergé a paru comme le meilleur point de départ dans cette lutte dont la prophylaxie devrait être l'aboutissement.

4° Le sanatorium du clergé a eu une utilité **prophylactique**, puisque son existence et son fonctionnement ont imposé le développement plus rapide et plus complet des autres moyens de défense dont la nécessité aurait paru sans cela moins évidente.

5° Le sanatorium a une utilité **thérapeutique** incontestable, puisque le clergé récupère 71,8 % des membres qu'il envoie (pourcentage calculé sur des résultats durables allant de 1 à 6 ans). Pour 58 %, le mot « récupération » signifie strictement : reprise d'un travail pénible.

6° Il faut souligner que cet heureux résultat ne tient pas à un recrutement trop sévère, n'acceptant que des petits malades. Les facteurs thérapeutiques principaux nous semblent : l'influence d'un climat réellement favorable, une cure de repos stricte, une large utilisation de la collapsio-

thérapie. En effet, les malades pour lesquels une récupération offre le moins d'incertitudes sont ceux chez lesquels un pneumothorax a pu être créé et dont l'entretien s'est poursuivi sans complications. Aussi l'expérience à Thorenc justifie-t-elle la conception actuelle de la thérapeutique anti-tuberculeuse.

7° Mais, tout en rendant hommage aux efforts accomplis pour mener à bien cette lutte, — efforts d'autant plus méritoires que l'entreprise devait rencontrer de nombreuses difficultés —, on doit reconnaître qu'il y a encore à faire dans cette voie et que les progrès réalisés, les résultats obtenus en appellent d'autres.

8° Il convient d'assurer un dépistage plus précoce dans le cadre diocésain, il convient d'assurer un placement plus immédiat en diminuant les délais d'admission. On y parviendra en augmentant le nombre des lits au sanatorium, en créant un hôpital-sanatorium et en développant les centres de rééducation. Ceux-ci permettraient de ne garder au sanatorium les malades récupérables que le temps pendant lequel ils ont réellement besoin de la cure sanatoriale, *et une liaison très souple entre ces trois échelons rendrait la lutte plus facile.*

9° Il est bien évident qu'il faut pour cela un certain laps de temps. Mais il nous a paru intéressant de montrer comment, en quelques années, un groupe privé a commencé à se défendre contre la tuberculose et a trouvé auprès de l'État, qui a assimilé le sanatorium du clergé à un sanatorium public, l'appui sans lequel il n'aurait pu mener cette tâche à bien.

BIBLIOGRAPHIE

J. ARNAUD : L'avenir des tuberculeux. *Presse médicale*, 12 octobre 1935, n° 82, p. 1581.

Prof. AYMES : Météoropathologie : Maloine, 1933.

E. BENEVENT : ... Le climat des Alpes françaises. Chiron, Paris, 1926, p. 356.

A. BERNOU et H. FRUCHAUD : Chirurgie de la Tuberculose pulmonaire. Masson, 1935.

J. BERTHIER : Climats et Stations climatiques de l'Arrière-Côte d'Azur, in *Traité de Climatologie* de PIERY, p. 1624.

Prof. Collatino CANTIERI : Il problema della tubercolosi nel Clero e negli Ordini Religiosi. Roma, Stabilimento Tipografico Luigi Proja, 1933.

Mⁱⁿ Commandant COIC : L'examen radioscopique systématique des recrues pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire et utilisation dans les collectivités, LIX^e Congrès de l'Assoc. Franç. pour l'Avancement des Sciences. Nantes, juillet 1935.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE : L'Armement antituberculeux français. Masson.

A. COURCOUX : A propos de la prophylaxie tuberculeuse chez les jeunes adultes. VIII^e Congrès National de la Tuberculose. Marseille, 1935. Masson, tome I, p. 491.

— La vie post-sanatoriale : l'Infirmière cliniquement guérie. *Revue médico-sociale*, mars 1935. Vigné, éditeur, Paris.

A. COURCOUX, BIDERMAN, ALIBERT et BUCQUOY : L'examen médical des étudiants en médecine et des infirmières. Société d'Études scientifiques sur la tuberculose, 12 mai 1934. *Revue de la Tuberculose*, n° 2, 1935, p. 725.

— La primo-infection tuberculeuse chez les étudiants en médecine et les infirmières. Société d'Études scientifiques sur la tuberculose, 12 mai 1934, in *Revue de la Tuberculose*, n° 7, p. 727.

DAREMBERG : Formes cliniques et sociales de la tuberculose pulmonaire. Masson, 1905, p. 220.

- E. EBER : La prophylaxie de la tuberculose dans les milieux ecclésiastiques et congréganistes. Strasbourg, Leroux et Cie, 1933.
- J. EVROT : Briançon, station climatique d'altitude. *Revue de phthisiologie médico-sociale*. Tome XIII, n° 2, mars-avril 1932.
- A. GIRAUD : Notes sur l'Armement antituberculeux. *Gazette méd. de France*, 15 déc. 1931, et *Précis de Phthisiologie*. Paris, Doin, 1933.
- L. GUINARD : La pratique des sanatoriums. Masson, 1925.
- Assistance post-sanatoriale. Co-rapporteur VIII^e Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. La Haye, 1932.
- U. GUINARD : Avenir éloigné de la tuberculose pulmonaire. Thèse. Maloine, 1925.
- P. NAVEAU : Les résultats du pneumothorax thérapeutique. Thèse. Paris, Legrand, 1924.
- Mgr ORLANDI : Séries d'articles sur « Il Sanatorio del Clero », nell' *Amico del Clero*, Bollettino mensile della Federazione tra le Associazioni del Clero in Italia. Siena, 1, Via del Costone, 1930-1935.
- O. PASTEAU : La protection de la santé des prêtres et des séminaristes, VIII^e Congrès de Recrutement sacerdotal. Vannes, 1932.
- PECH : Les différences de potentiel en biologie. *Presse Médicale*, 30 déc. 1925.
- M. PIERRY : Traité de Climatologie biologique et médicale. Masson, 1835, et en particulier tome II, pp. 1645-46-47.
- C. PRESSAT : Étude sur les accidents groupés chez les tuberculeux pulmonaires et leurs relations avec les conditions atmosphériques. Thèse. Paris, 1934. (Le François.)
- A. RAVINA : La météoropathologie. Influence des saisons, du froid et du manque de lumière sur l'organisme. *Presse Méd.*, 1933, n° 39, 17 mai 1933, p. 801.
- La climatologie. L'action thérapeutique de la lumière et de l'altitude. *Presse Méd.*, 1933, n° 48, 17 juin 1933.
- A. RAVINA et P. LEVY-LONG : La météoropathologie. Influence de l'état atmosphérique sur les maladies. *Presse Méd.*, 1933, n° 71, 6 sept. 1933.
- E. RIST : Le rôle du sanatorium dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Rapport faisant suite à ceux de MM. SERGENT, LÉON BERNARD, RIST, BEZANÇON, que nous ne pourrions tous citer ; communications à l'Académie de Médecine, 30 mai 1933. *Revue de Phthisiologie*, 14^e année, n° 6, nov.-déc. 1933.
- ROUVILLOIS : A propos du dépistage précoce de la tuberculose dans l'Armée. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 27, 1934.

SANATORIUM DU CLERGÉ (L'ÉCHO DU) : Bulletin paraissant tous les deux mois. Thorenc, 1930-1935.

SANATORIA POPULAIRES DE LEYSIN : Rapports annuels (MORIN et CARDIS). Lausanne, Imprimeries réunies.

SANATORIUM POPULAIRE NEUCHATELOIS (Leysin). Rapports annuels (ROSEL). Société d'Imprimerie de Cernier.

Médecin Commandant SIEUR : Le rôle de la radiologie dans la Médecine préventive. Utilisation massive de la radioscopie pour la protection des collectivités. LIX^e Congrès de l'Ass. Franç. pour l'avancement des Sciences. Nantes, juillet 1935.

H. THIBAUT : De la nécessité d'adapter l'Armement antituberculeux à la conception actuelle de l'évolution de la tuberculose. L'Expansion Scientifique française. Thèse. Paris, 1927.

— Le climat de Thorenc, in *l'Écho du Sanatorium du Clergé*. Mars-avril 1932.

— Améliorations rapides de lésions pulmonaires tuberculeuses à la suite de traitements aurothérapiques. Documents radiographiques. Soc. de Méd. et de Climatologie de Nice, 8 janvier 1932 : LIII, n° 1, janv. 1933.

— Quarante-cinq phrénicectomies. Société d'Études scientifiques sur la tuberculose, 9 juin 1934, in *Revue de la Tuberculose*, 4^e série, tome II, n° 8, octobre 1934.

B. H. VOSS : Assistance post-sanatoriale. Rapport à la VIII^e Conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose. La Haye, 1932.

On trouvera enfin des renseignements sur les *sanatoriums* « *spécialisés* » et leur fonctionnement en s'adressant auprès d'eux :

Sanatorium des Instituteurs à Sainte-Feyre (Creuse).

Sanatoriums des P. T. T.

Sanatorium des Cheminots à Ris-Orangis.

Sanatorium des Étudiants à Saint-Hilaire du Touvet.

Sanatorium des Infirmières à Chantoiseau-Briançon.

Sanatorium universitaire de Leysin.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour, ♦
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
L'armement antituberculeux du Clergé
français, par A. TERREL.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 4 novembre 1935.

Le Professeur,
BOUDET.

Montpellier, le 4 novembre 1935.

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 5 novembre 1935.

Le Recteur,
TAILLART.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	9
PLAN D'ENSEMBLE.....	13

PREMIÈRE PARTIE

ADAPTATION DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX AU CLERGÉ.

1° Prophylaxie.....	17
2° Les échelons de cure.....	25
3° Le sanatorium de Thorenc.....	28
Fondation.....	28
Situation et climatologie.....	29
Fonctionnement.....	34
4° Vie post-sanatoriale.....	40

SECONDE PARTIE

ÉTUDE STATISTIQUE DES RÉSULTATS DU SANATORIUM DE THORENC.

I. Statistiques de récupération.....	52
Statistiques annuelles.....	56
Moyenne des statistiques annuelles.....	70
Statistique globale.....	72
Rechutes.....	73

II. Influence des facteurs bacilloscopique et thérapeu- tique sur la récupération	78
1) Facteur bacilloscopique	78
2) Facteur thérapeutique	80
a) Collapsothérapie	80
b) Chimiothérapie	86
3) De la récupération en fonction de ces facteurs.	87
III. Données cliniques	88
Résumé des données cliniques	104
CONCLUSIONS	107
BIBLIOGRAPHIE	109

MACON, PROTAT FRÈRES, IMPRIMEURS. — MCMXXXV.
